



**HAL**  
open science

**Evaluation du stress au travail, de ses facteurs favorisants et des stratégies pour y pallier auprès des médecins généralistes français versus médecins généralistes roumains : étude qualitative par entretiens semi-dirigés**

Maria-Luiza Hariton

► **To cite this version:**

Maria-Luiza Hariton. Evaluation du stress au travail, de ses facteurs favorisants et des stratégies pour y pallier auprès des médecins généralistes français versus médecins généralistes roumains : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932463

**HAL Id: hal-01932463**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932463>**

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](mailto: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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

**UNIVERSITE DE LORRAINE**  
**2017**

**FACULTE DE MEDECINE DE NANCY**  
**N°**

## **THESE**

**Pour obtenir le grade de**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Maria-Luiza HARITON**

Le 8 novembre 2017

**EVALUATION DU STRESS AU TRAVAIL, DE SES  
FACTEURS FAVORISANTS ET DES STRATEGIES POUR Y  
PALLIER AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES  
FRANÇAIS VERSUS MEDECINS GENERALISTES  
ROUMAINS. ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS  
SEMI-DIRIGES.**

**Examineurs de la thèse :**

<b>M. DI PATRIZIO Paolo</b>	<b>Professeur des Universités</b>	<b>Président</b>
<b>M. DE KORWIN Jean-Dominique</b>	<b>Professeur des Universités</b>	<b>Juge</b>
<b>M. KAHN Jean-Pierre</b>	<b>Professeur des Universités</b>	<b>Juge</b>
<b>M. MASSON Arnaud</b>	<b>Docteur en Médecine</b>	<b>Juge et Directeur</b>

4 septembre 2017



**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 :** Pr 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

*Affaires juridiques et Relations extérieures :* Dr Frédérique CLAUDOT

*Vie Facultaire et SIDES :* Pr Laure JOLY

*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie :* Dr Guillaume VOGIN

*Commission de prospective facultaire :* Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

*PACES :* Dr Mathias POUSSEL

*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 - 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 - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - 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 - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - 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 Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE

Professeur Yves MARTINET - Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

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

#### 2<sup>ème</sup> 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 - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

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

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)

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

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

### 47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

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

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)

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

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)**

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER  
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)**

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénérologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

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

Professeur Nicolas SADOUL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine générale)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET  
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)**

Docteure Chantal KOHLER

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Docteur Damien MANDRY

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

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

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)**

Docteure Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Docteure Céline BONNET

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)**

Docteur Antoine KIMMOUN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**

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

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)**

Docteur Nicolas GIRERD

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteure Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénérologie*)**

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie générale*)**

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine générale*)**

Docteure Elisabeth STEYER

**54<sup>ème</sup> Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)**

Docteur Patrice GALLET

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

### 5<sup>ème</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

### 7<sup>ème</sup> Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

### 19<sup>ème</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

### 64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

### 65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

### 66<sup>ème</sup> 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)*

## REMERCIEMENTS

### A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

**Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO**

*Professeur des Universités de Médecine Générale*

Vous me faites l'honneur de présider et juger ma thèse.

J'ai eu la chance de vous avoir comme maître et coordonnateur de mon dernier stage et d'apprendre avec vous l'exercice de la médecine générale dans le respect du patient, des recommandations cliniques et de la formation continue. Vous m'avez appris et soutenu pour que je puisse gagner ma propre autonomie et « voler » de mes propres ailes.

Je vous remercie pour tous vos précieux conseils, votre disponibilité, votre patience et votre aide tout au long de la préparation de ma thèse.

Recevez, à travers ce travail, le témoignage de mon profond respect et toute ma reconnaissance.

**A MON MAITRE ET JUGE,**

**Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Médecine Interne*

Vous me faites l'immense honneur de juger ce travail.

Je vous remercie beaucoup pour l'intérêt que vous y avez porté.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

**A MON MAITRE ET JUGE,**

**Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Psychiatrie d'Adultes*

Vous me faites l'immense honneur de juger mon travail.

Je vous remercie beaucoup pour l'intérêt que vous y avez porté.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et ma sincère reconnaissance.

**A MON JUGE ET DIRECTEUR DE THESE,**

**Monsieur le Docteur Arnaud MASSON**

*Docteur en Médecine*

Docteur MASSON, j'ai la chance de vous avoir rencontré.

En acceptant de prendre la direction de cette thèse vous m'avez tendu la main, vous m'avez soutenu et vous m'avez aidé jusqu'au bout de ce travail. Vos conseils éclairés tout au long de la création de cette thèse, lors de chaque interview, lors de chaque étape de la rédaction m'ont permis d'aboutir.

Je vous remercie pour toute votre disponibilité et pour la confiance que vous m'avez transmis tout au long de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et mon profond respect.

### **Aux Médecins et Maîtres de stage que j'ai rencontré durant mes études,**

Je vous remercie pour votre accueil et pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises. Je vous suis profondément reconnaissante pour votre contribution à ma formation.

### **Un grand merci aux Docteur Annick LECOCQ et Docteur Yves KENNEL**

*Maîtres de Stage de Médecine Générale*

Je vous suis profondément reconnaissante de m'avoir fait découvrir la médecine générale et de m'avoir fait apprécier et aimer l'exercice de ce métier. Vous êtes pour moi des modèles, par la rigueur, l'amour et la qualité des soins avec lesquels vous exercer la médecine. Je vous remercie de tout mon cœur pour la patience que vous avez eu avec moi et pour la confiance que vous m'avez faite. Je vous remercie d'avoir cru en moi !

### **Un merci particulier au Docteur Etienne GRILLAT**

*Praticien hospitalier à l'Hôpital de Sarrebourg*

Docteur Grillat, vous êtes mon premier maître de stage. J'ai appris énormément à vos côtés. Pour tout ce que vous êtes, pour tout ce que vous m'avez transmis, pour la confiance que vous m'avez fait quand j'étais au début de mon chemin en France, je vous suis profondément reconnaissante.

### **Au Docteur Jean-Jacques Derlon, médecin généraliste à Nancy.**

Lors de mon stage SASPAS vous m'avez beaucoup aidé et appris. Recevez toute ma reconnaissance.

### **Egalement...**

*Au Monsieur Vincent Grosjean, Département Homme au Travail INRS. Je vous remercie pour votre aide, votre disponibilité et vos conseils lors de mon travail de thèse.*

*A tous les médecins et le personnel paramédical avec qui j'ai travaillé lors de mes trois années d'internat et auprès de qui j'ai acquis de l'expérience et de qui je garde le souvenir des bons moments partagés.*

**Aux Médecins et Maîtres de stage que j'ai eu lors de ma formation médicale en Roumanie,**

Când am hotărât să urmez medicina am auzit deseori întrebarea « Știi la ce te înhami ? ». Răspunsul meu de astăzi este « Desigur că nu aveam nici cea mai mica idee ». Dar toți acești ani de medicină mi-au permis să vă întâlnesc pe voi, oameni deosebiți, medici deosebiți și fiecare întâlnire a fost o lecție de viață, a fost un pas înainte. Vă mulțumesc tuturor pentru piatra pe care ați adăugat-o la construirea mea ca medic și ca om. Câteva nume țin neapărat să pomenesc cu această ocazie : Domnul Profesor Mircea Popa, Doamna Profesor Minerva Muraru, Domnul Doctor Dan Spătaru, Doamna Doctor Andra Grigorescu, Doamna Doctor Mihalea Chirculescu, Domnul Doctor Victor Madan, Domnul Doctor Cristi Ilie și toți ceilalți.

**Aux Médecins Généralistes Français et Roumains qui ont participé à cette étude,**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer et m'aider à la réalisation de ce travail.

## **A Ma FAMILLE :**

### **A Mes Parents,**

Dragii mei părinți, sa redau în cuvinte recunoștința și dragostea ce v-o port este dificil. Voi îmi sunteți mereu alături în toate momentele vieții mele, la toate alegerile vieții mele. Susținerea, încurajările și rugăciunile voastre mă ajută mereu să avansez pe acest drum care este VIAȚA.

Aceasta lucrare de teza, care este finalul multor ani lungi de studiu de-a lungul cărora voi m-ați încurajat și susținut neîntrerupt, vă este dedicată.

### **A Mes Grand-Parents,**

Dragii mei bunici, deși ați părăsit de multa vreme aceasta lume, amintirea voastră și prezenta voastră este mereu vie în inima mea. Si tot ceea ce am învățat de la voi îmi este piatră de temelie pentru întreaga viață. Regăsiți aici mărturia dragostei și respectului etern pe care vi le port.

### **A Toute ma Famille : Mes Cousins et Cousines, Oncles et Tantes, Petits Cousins et Petites Cousines,**

Dragii mei unchi și mătuși, verișori și verișoare, nepoței și nepoțele, alături de fiecare dintre voi am trăit momente de bucurie. Fiecare dintre voi sunteți o parte integrantă a vieții mele. Timpul neiertător și distanța nu pot nici atinge nici schimbă dragostea pe care v-o port. Regăsiți aici recunoștința mea pentru fiecare moment în care mi-ați fost alături.

### **A Ma Famille Française,**

C'est à mon amie Françoise, que j'aime appeler ma sœur Mena, que je lui remercie de toute mon cœur de m'avoir accueilli en France, reçue dans sa maison et dans sa famille. Tu m'as ouvert la porte de ton cœur et de ta maison et tu m'as aidé tout au long de mes années en France depuis le tout début quand je ne connaissais personne dans la région. Retrouve ici un témoignage de ma reconnaissance, mon respect et mon amitié.

Et à toute ta famille qui m'a accueilli comme une de leurs. Je vous remercie infiniment et je vous aime tous !

**A Mes AMIS :**

**A Supriya,**

Îți mulțumesc din toată inima pentru toate momentele petrecute împreună, pentru toate plimbările noastre în Parcul Kisselef și în Herăstrău, pentru fiecare sfat și fiecare poveste care ascundea mereu un mesaj și o pildă. Și îi mulțumesc Celui care a făcut întâlnirea noastră posibilă.

**A Oana,**

Nous avons passé nos longues années de médecine ensemble autant en Roumanie qu'en France et à tes côtés même les choses les plus dures avaient l'air faciles et les difficultés devenaient de la rigolade. J'ose dire qu'on s'est bien débrouillé ! Je te remercie pour ton amitié, pour ta présence inconditionnelle, pour ton amour !

**A Nadine et Adela,**

Mes chères amies je vous remercie pour tous les magnifiques moments passés ensemble et j'espère que la vie nous en donnera d'autres !

« **Bucureștenilor** » **mei dragi** , adunați de prin toate colțurile țării și acum risipiți prin colțurile multor țări... lui Adrian și Florinei Papuc, Florinei Săvescu, lui Cristi, Bogdan, Mihai, lui Szilard, Attila și Sandor, lui Adi de la Bacău, lui Gigi, lui Cati. Vă mulțumesc fiecăruia dintre voi pentru fiecare moment petrecut împreună !

**A mes amis de la ROUTE** this « road » on which we run together and we smile together and we try to do our best together. Thank you all! You are all in my heart, my friends, my sisters, my brothers...

**A Adriana,**

Mulțumesc mult draga mea pentru toate momentele petrecute împreună, pentru prietenia ta !

**A mes amis et co-internes :** Léa, Anne, Camille, Séverine, Roxana, à tous mes co-internes aux Urgences, en Pédiatrie, en Médecine et à tous les autres qui ont été à mes côtés, qui m'ont aidé et m'ont inspiré tout au long de l'internat. Je vous remercie pour tous nos bons moments passés ensemble !

**A mes voisins et amis,**

Au Docteur Nicolas et sa famille qui sont toujours là pour me soutenir et me guider dans mon « voyage » dans la vie médicale. Recevez ici un témoignage de ma reconnaissance et mon respect profond.

A Marie-France et Guy qui ont toujours le bon mot d'encouragement.

**A mes amis du village,** à Isabelle et toute sa famille, à tous les choristes de La Mandoline. Merci à tous pour votre gentillesse et votre amitié.

**A toutes les belles rencontres de la vie :** vous êtes tous dans mon cœur ! Merci !

Que toute personne m'ayant aidé de près ou de loin retrouve ici l'expression de ma reconnaissance !

## 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 ».

## Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS .....	18
1. INTRODUCTION.....	19
2. LE BURNOUT.....	21
3. MATERIEL ET METHODE .....	23
3.1. Choix de la méthode qualitative .....	23
3.2. Construction du questionnaire, justification .....	23
3.3. Population étudiée.....	24
3.4. Entretiens semi-dirigés .....	25
3.4.1. Définition.....	25
3.4.2. Elaboration du guide d'entretien .....	25
3.4.3. Le recueil des données et le déroulement des entretiens semi-dirigés .....	26
3.5. La méthode de l'analyse des données.....	27
4. RESULTATS.....	29
4.1. Résultats des entretiens des médecins généralistes français.....	29
4.2. Résultats des entretiens des médecins généralistes roumains.....	51
4.2.1. Le système politique roumain .....	51
4.2.2. Le système de santé roumain .....	52
4.2.3. Les résultats.....	53
5. DISCUSSION.....	68
5.1. Discussion sur les réponses des médecins généralistes français .....	68
5.1.1. Le burnout en général.....	68
5.1.2. Le vécu d'un burnout ou d'une expérience similaire ou génératrice d'un burnout.....	69
5.1.3. L'épuisement émotionnel.....	70

5.1.4.	<i>Le sentiment de déshumanisation de la relation à l'autre.....</i>	71
5.1.5.	<i>La perte du sens d'accomplissement au travail.....</i>	72
5.1.6.	<i>Témoignage d'une stratégie résolutive face à une difficulté surmontée .....</i>	73
5.1.7.	<i>Les facteurs de stress chronique des médecins .....</i>	74
5.1.8.	<i>Les moyens que les médecins s'accordent pour diminuer les facteurs de stress .....</i>	76
5.2.	<i>Discussion sur les réponses des médecins généralistes roumains .....</i>	76
5.2.1.	<i>Le burnout en général.....</i>	76
5.2.2.	<i>Le vécu d'un burnout ou d'une expérience similaire ou génératrice d'un burnout.....</i>	77
5.2.3.	<i>L'épuisement émotionnel.....</i>	78
5.2.4.	<i>Le sentiment de déshumanisation de la relation à l'autre.....</i>	78
5.2.5.	<i>La perte du sens d'accomplissement au travail.....</i>	79
5.2.6.	<i>Témoignage d'une stratégie résolutive face à une difficulté surmontée .....</i>	79
5.2.7.	<i>Les facteurs de stress chronique des médecins .....</i>	80
5.2.8.	<i>Les moyens que les médecins s'accordent pour diminuer les facteurs de stress .....</i>	82
6.	<i>CONVERGENCE ET DIVERGENCE DU VECU DES MEDECINS GENERALISTES FRANÇAIS ET ROUMAINS.....</i>	83
7.	<i>CONCLUSION.....</i>	92
8.	<i>BIBLIOGRAPHIE .....</i>	94
9.	<i>ANNEXES.....</i>	98
	<i>Annexe 1 : LES QUESTIONS DE L'INTERVIEW AVEC LES MEDECINS.....</i>	98
	<i>Annexe 2. ENREGISTREMENTS DES INTERVIEWS AVEC LES MEDECINS (fichiers M4A sur CD).....</i>	99
	<i>Annexe 3. TRANSCRIPTION DES INTERVIEWS AVEC LES MEDECINS (documents Word sur CD).....</i>	99

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

MG Médecin Généraliste

MGF Médecin Généraliste Français

MGR Médecin Généraliste Roumain

RDV Rendez-vous

CPAM Caisse Primaire Assurance Maladie

HAS Haute Autorité de Santé

ARS Agence Régionale de la Santé

CNAS Casa Națională de Asigurări de Sănătate (Caisse Nationale Assurance Santé)

SIUI Sistem Informatic Unic Integrat (Système Informatique Unique Intégré)

## 1. INTRODUCTION

« Le travail profile une vie. Il permet d'exercer et d'étendre ses compétences, de développer ses relations, d'obtenir un statut valorisé, une sécurité financière. Il contribue à son bien-être et à celui de ses proches. » (1). Car de nos jours, avoir un travail signifie avoir un rôle dans notre société, être utile, donner un sens à sa vie. Mais comment est-il perçu le travail d'aujourd'hui ? Est-il un simple labeur ou plutôt une œuvre, un sens à la vie ?

Comme simple labeur, le travail est l'activité par laquelle les hommes entretiennent leur vie au sens de vie simplement biologique. Il répond à la nécessité de fournir aux vivants que nous sommes ce qu'ils ont besoin pour vivre. Tout un chacun dit très couramment qu'il doit travailler pour vivre. L'œuvre est l'activité par laquelle nous produisons des choses qui ne sont pas destinées à la consommation, mais qui doivent être relativement durables pour que nous puissions en avoir l'usage en ce monde. Au-delà de l'utilité et de la fonctionnalité des objets, Arendt souligne que la fin de l'œuvre est sa solidité et la durabilité du monde. Enfin l'action est l'activité par laquelle nous nous manifestons dans nos rapports avec autrui. La fin de l'action est l'action elle-même dans la mesure où c'est par elle que nous sommes quelqu'un parmi les autres.(2)

Très souvent de nos jours le travail prend une tournure malheureuse. « Des exigences physiques, des contraintes psychologiques, des tâches mal définies, ambiguës, l'impossibilité d'avoir son mot à dire, des conflits avec les collègues et les supérieurs, la violence, le sentiment d'être harcelé, injustement traité, un isolement et un manque de soutien, un conflit entre ses choix professionnels et familiaux, une activité sans signification font du travail une corvée alors qu'il devrait répondre à un choix vocationnel. »(1) Tous ces tracasseries, devenus quotidiens, transforment une activité professionnelle, qui est censée « nourrir » la personne qui la pratique, en une corvée. La personne commence alors à s'user, à s'épuiser et sa santé tombe en ruine. Ce stress professionnel chronique donne naissance au syndrome de burnout ou d'épuisement professionnel.

Le burnout, ce phénomène qui est de plus en plus d'actualité, touchent aujourd'hui tous les milieux professionnels. Toutes les catégories socioprofessionnelles vivent actuellement une tension au sein de leur milieu professionnel. Les difficultés économiques, l'insécurité, l'instabilité de l'emploi et le chômage, ainsi que tous les autres facteurs sociopolitiques conjoncturels, étayent ce phénomène.(3)

Suite à un sondage réalisé par téléphone par l'institut Viavoice dans la France Métropolitaine auprès de 406 personnes représentant des professionnels de santé, un portrait contrasté se dresse. Les professionnels de santé sont motivés, mais inquiets. 99% se disent attachés à leur métier, parce que pour 73 % des sondés, c'est une vocation de soigner les gens. Mais 85% estiment que leur métier est difficile à exercer, les infirmières plus que les médecins (91 contre 77%). Et 80% attribuent ces difficultés à des tâches administratives envahissantes, 53% à des patients de plus en plus exigeants. La moitié d'entre eux se disent même peu confiants dans l'avenir de leur métier.(4)

Mais combien d'entre eux osent s'arrêter, en parler, se soigner ? Car « quand le médecin est malade, il sous-estime ces symptômes, maximise son traitement, ne s'autorise pas

de temps de récupération, consulte dans le corridor, fait de l'auto diagnostic et de l'auto traitement, dénie et rationalise. »(5)

C'est pour cette raison que dans ce travail nous avons choisi de tourner notre regard vers les médecins. Nous avons eu envie de connaître l'opinion des médecins généralistes en France et en Roumanie sur le burnout et les risques psychosociaux. Il n'y a pas, en l'état actuel de l'art, de consensus dans le monde scientifique sur la façon de concevoir et de traiter les risques psychosociaux au travail. Il existe encore moins une théorie unifiée et consensuelle au sujet de ces risques. (6)

Nous nous sommes alors posé la question. Comment vivent les médecins généralistes, en France et en Roumanie, le stress de leur métier et qu'est qu'ils font pour le limiter ? Y a-t-il une différence d'approche entre les deux pays ?

## 2. LE BURNOUT

Le burnout est un phénomène d'actualité aujourd'hui. Le burnout est omniprésent, « maladie du siècle » ? Il n'est pas défini et n'est pas répertorié en tant que pathologie. D'après P. Canouï, dans « La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques », s'il fallait utiliser une catégorie du DMS IV pour le définir ; le SEPS (Syndrome d'épuisement professionnel du soignant) entrerait dans le cadre **des troubles d'adaptation**. Pour lui, **la souffrance des soignants** s'apparente aussi à une forme de **crise existentielle professionnelle de l'adulte**.(7)

Pour Michel Delbrouck le burnout est un concept neuf qui ne se superpose pas à un diagnostic psychiatrique mais qui peut mener à la dépression. Dans ce cadre, il est une maladie caractéristique de la relation d'aide qui englobe et dépasse le stress, dans laquelle la perte du sens au travail trouve une place majeure. (5)

Dans les années 1976-1982, Christina Maslach et Susan Jackson ont effectué des recherches concernant le burnout. Leurs recherches ont été basées sur des interviews, des surveillances et des observations directes des travailleurs dans différentes professions de la relation humaine comme la santé, le service social, la justice criminelle et l'éducation. Leurs résultats montrent que **le burnout peut mener à une détérioration de la qualité du soin ou du service offert par le personnel**. (8) Pour elles le burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel et engendre un cynisme parmi les individus qui travaillent au contact de gens. Un aspect clé du syndrome de burnout est le sentiment **d'épuisement émotionnel**. Comme leurs ressources émotionnelles s'affaiblissent, les travailleurs ont le sentiment de ne plus être capable de donner d'eux-mêmes. **Ils perdent leur capacité de résilience et de réflexivité**. Boris Cyrulnick dit sur la résilience que c'est l'attitude d'un corps à résister aux pressions et à reprendre sa structure initiale. Ce terme est souvent employé par les sous-marinières, car il vient de la physique. En psychologie, la résilience est la capacité à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité. (9) Après une crise où le travail a perdu du sens, il n'est pas toujours possible de récupérer la capacité de travailler. Les thérapeutes le savent bien. Ils connaissent des individus qui n'ont pas réussi à retourner sur le marché du travail : la rupture avec cet univers est consommée. Ce genre de retraite prématurée se trouve sans rapport avec l'âge du travailleur ni avec le métier qu'il exerce. (10)

Un autre aspect clé du syndrome du burnout est l'apparition des sentiments et **attitudes négatives** et de **cynisme** envers ses patients. Et le troisième aspect est une tendance à une **auto-évaluation négative** particulièrement par rapport à son travail. (11)

Leur travail leur a permis de créer un outil d'évaluation du burnout, le Maslach Burnout Inventory (MBI). Cet outil permet d'isoler **les trois caractéristiques du syndrome : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte du sens d'accomplissement de soi au travail**. (8) Ces symptômes apparaissent chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.

**L'épuisement émotionnel** renvoie au manque d'énergie, au sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées. La personne est vidée nerveusement, a perdu tout

entraîné, n'est plus motivée par son travail qui devient une corvée. (1) Intérieurement le sujet va ressentir cet épuisement sous la forme d'une fatigue affective au travail, d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certains malades est de plus en plus difficile affectivement. C'est comme si l'individu avait atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'était plus capable d'accueillir une émotion nouvelle. C'est une fatigue importante, ressentie de façon inhabituelle, différente d'autres moments de fatigue, car cette fatigue n'est pas améliorée par le repos.(3)

**La dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation à l'autre** représente la dimension interpersonnelle du burnout. Elle renvoie au développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques, envers les personnes dont on s'occupe. (1) Le médecin ne se considère plus concerné par son travail et va créer une barrière qui l'isole de ses patients et ses collègues. Le malade est regardé plus comme un objet et moins comme une personne. Il s'agit d'un cas, d'un numéro de chambre ou bien le patient peut être réduit à l'organe malade. Il s'agit ainsi d'une mise à distance de l'autre. Les propos de ce type déshumanisent le malade ; on soigne l'organe avant l'homme. C'est un état d'esprit qui s'installe lentement. Le fait de mettre l'autre à distance c'est parfois l'aboutissement d'un épuisement émotionnel, c'est un mode de protection de soi et de son intégrité psychique, seule attitude permettant de réaliser le travail relationnel. Mais c'est une attitude qui se crée, pourrait-on dire malgré le soignant et souvent ce dernier la ressentira douloureusement comme une forme d'échec personnel qui peut s'exprimer plus ou moins ouvertement dans la troisième dimension du syndrome.(3)

**La perte du sens d'accomplissement de soi au travail** c'est bien la conséquence des deux autres dimensions. Elle est vécue douloureusement et elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, de ne plus savoir aider les gens, d'être frustré dans son travail, de ne plus faire du bon travail. (3) Elle concerne à la fois la dévalorisation de son travail et de ses compétences, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints, la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité. (1)

En effet, la relation à l'autre était le fondement du travail de soignant et sa motivation principale de ce choix professionnel. En se rendant compte de la distanciation qu'il a pris par rapport à ses patients, le médecin va la ressentir comme un échec. Il ne se sent plus à la hauteur et il commence à douter de lui et de ses capacités d'aller vers l'autre. Ainsi apparaissent la dévalorisation de soi, la démotivation et la culpabilité. Les conséquences de toutes ces difficultés sont l'absentéisme, l'abandon de travail, le manque de rigueur et même les erreurs professionnelles. Chez la plupart d'entre eux, on observe un désinvestissement du travail.(3)

L'épuisement émotionnel est perçu donc comme un « événement existentiel », une « crise de vie » qui oblige l'individu à réagir et à s'ajuster. L'épuisement professionnel résulte de l'incapacité de la personne à résoudre un conflit lié à la perte de sens de son travail.(10)

### 3. MATERIEL ET METHODE

#### 3.1. Choix de la méthode qualitative

Ce travail a débuté avec une revue de la littérature sur le burnout qui est de plus en plus d'actualité en France et qui touche l'ensemble du monde du travail (et pas seulement celui du soignant). Ne pouvant pas explorer le monde du travail dans toute sa diversité et sa particularité, nous avons choisi d'approfondir notre propre domaine d'activité, celui de la médecine générale.

En partant de l'idée du burnout chez le médecin généraliste, curieux de connaître leur opinion et leur vécu, nous avons décidé de faire une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés.

Nous avons choisi cette méthode car, comme le disent Aubin-Auger, Mercier A. et all dans leur article(12) elle nous permet de rencontrer la personne, de voir et explorer ses sentiments, ses émotions, ses comportements, les mots, les gestes, ce qui n'est pas dit et qui est sous-entendu, de nous faire part de ses expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux.

Ce projet a été validé par les membres du Conseil Scientifique du Département Universitaire de Médecine Générale de Nancy.

#### 3.2. Construction du questionnaire, justification

Le trépied du burnout consiste en :

- L'épuisement émotionnel
- La déshumanisation de la relation à l'autre
- La perte du sens d'accomplissement au travail ou Le sentiment d'échec professionnel

Les questions dans notre interview ont voulu toucher ces trois caractéristiques du burnout/SEPS (syndrome d'épuisement professionnel de soignants).

La question numéro 1 : « **Qu'est-ce que représente pour vous le burnout professionnel ?** » c'est une question générique pour juger de leur niveau de connaissance du burnout, appréhender ce à quoi le burnout leur fait référence, car le burnout n'est pas un syndrome médical en soi mais un état de souffrance morale liée à une profession.

Les médecins interviewés définissent avec leurs propres mots et leur vécu le burnout professionnel. Leur définition ne touchera pas forcément les trois éléments du trépied du burnout mais elle nous montre le ressenti immédiat du médecin par rapport à celui-ci.

A travers la question numéro 2 : « **Vous êtes -vous déjà retrouvé en situation de difficulté professionnelle, proche de ce que pourrait être un burnout ?** » nous cherchons à savoir si les médecins interviewés ont vécu des situations comparables à un burnout ; ou génératrices de burnout.

Avec la question numéro 3 : « **Avez-vous déjà ressenti un épuisement émotionnel en lien avec votre profession de médecin ?** » au-delà du burnout on cherche à savoir si les médecins interviewés ont déjà vécu un épuisement émotionnel (qui est une des branches du trépid) ou un vécu approchant.

Avec la question numéro 4 : « **Avez-vous le sentiment d'avoir déjà travaillé sur un mode « déshumanisé », par exemple à la fin d'une longue journée de travail ?** » nous nous intéressons au sentiment de déshumanisation de la relation à l'autre. Et avec la question numéro 5 : « **Si oui, cela a-t-il été jusqu'à remettre en question vos compétences : 'vous ressentir mauvais' ?** », c'est la perte du sens d'accomplissement au travail que nous explorons.

A travers la question numéro 6 : « **Est-ce-que suite à diverses situations difficiles y a-t-il eu un changement de stratégie dans votre pratique, une nouvelle façon de travailler ?** » nous cherchons à savoir si les médecins ont déjà vécu des situations difficiles qui auraient pu les pousser vers un changement dans leur pratique, témoignant d'une stratégie résolutive face à une difficulté surmontée.

Dans les six questions suivantes nous cherchons à connaître les possibles facteurs de stress chronique des médecins. On s'intéresse aux conditions d'installation, à leurs conditions actuelles de travail, au sentiment de sécurité au travail, au lien avec les institutions professionnelles, aux conséquences sur leur vie personnelle d'un possible excès d'engagement dans leur travail.

Avec la dernière question : « **Avez-vous mis en place des stratégies pour limiter les facteurs de stress ? Pouvez-vous me donner des exemples ?** » nous cherchons à savoir si les médecins s'accordent les moyens de diminuer les facteurs de stress pour préserver leur santé en continuant de s'occuper de la santé des autres.

Ce questionnaire ne s'adresse pas à des médecins sélectionnés pour avoir vécu un burnout mais à des médecins recrutés au hasard et cherche à connaître leur propre perception du risque de souffrance dans leur propre travail. Ainsi la première question cherche à structurer leur connaissance théorique du burnout et les autres vont balayer les facteurs responsables ou spécifiques de la souffrance de soignants, en restant simple et générique avec des questions ouvertes. Des nombreux facteurs comme la répétition de traumatismes rencontrés en clientèle, l'isolement psycho affectif du soignant... ne seront pas forcément abordés.

### **3.3. Population étudiée**

Nous nous sommes attachés à interviewer une population tirée au hasard de médecins généralistes français sans limite d'âge ni d'installation et quel que soit leur sexe. La plupart sont issus d'un réseau de connaissance, avec un recrutement « boule de neige » ; mais certains trouvés dans les pages jaunes ont accepté de répondre. Nous avons étendu les interviews à 15 médecins jusqu'à obtenir la saturation de données.

Sur la même base, je me suis entretenue avec de médecins roumains. Après l'interview de 10 médecins nous avons jugé la saturation de données obtenues.

L'objectif de notre étude n'étant pas de faire une étude comparative mais à partir d'un même questionnaire d'avoir le reflet du ressenti du burnout professionnel possible en médecine générale nous nous sommes limités à ces 25 médecins.

### **3.4. Entretiens semi-dirigés**

#### *3.4.1. Définition*

La méthode des entretiens semi-dirigés est une de méthodes les plus utilisées dans la création d'une étude qualitative. La base de cette méthode consiste en la réalisation des entretiens individuels. Le chercheur, qui est l'enquêteur, est mené à rencontrer les interviewés, qui sont des personnes choisis de façon aléatoire pour l'étude. La rencontre entre le chercheur, qui est l'interviewer, et la personne interviewée a pour but la discussion autour d'un thème choisi et bien documenté par celui qui mène l'entretien à partir d'un questionnaire préalablement établi. Le thème est consigné dans un guide d'entretien qui permet de focaliser le discours des gens interviewés.

L'entretien semi-dirigé se déroule sous la forme d'une conversation orientée. Le but est, comme l'explique Geneviève Imbert dans son article « L'entretien semi-directif : A la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations. (13) Le chercheur va poser des questions selon un protocole qu'il aura conçu à l'avance tout en essayant de faciliter l'expression propre de l'individu et en évitant que la personne interviewée se sente enfermée par les questions. L'interviewer se tient à adopter une posture d'écoute attentive de l'autre ayant comme but de créer un climat de confiance qui peut permettre à la personne interviewée de s'ouvrir et offrir la richesse et l'authenticité de son expérience. « L'entretien semi-directif est donc une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. Ce dernier ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé (pièce jointe numéro ...) et construit à l'issue des travaux de recherche exploratoire. L'empathie dans l'entretien représente un vrai dilemme dans lequel la combinaison de l'empathie et de la « juste distance » et celle du respect et du sens critique sont particulièrement difficile à obtenir (De Sardan, 2008). »(13)

L'avantage d'un entretien semi-dirigé est le fait qu'il permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des gens interrogés, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Il peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. A ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. (12).

#### *3.4.2. Elaboration du guide d'entretien*

Elaborer un bon guide d'entretien nous permet par la suite d'avoir de bons entretiens en ayant une meilleure maîtrise de l'entrevue. Il est généralement introduit par un rappel de

l'étude et de son déroulement. Il prévoit toutes les thématiques à aborder. En général les thèmes sont rédigés sous forme de questions ouvertes et chaque question correspond à un objectif de connaissance ou de compréhension précis. Pour créer un bon guide d'entretien, il faut d'abord avoir une bonne logique sur le déroulement de la recherche. Cet outil, il faudra apprendre à l'utiliser et à l'adapter à chaque entretien, à chaque personne interviewée.

Le guide comporte plusieurs parties, dont une introduction, des questions ouvertes et un recueil quantitatif.

L'introduction consiste dans la présentation du chercheur qui expose le principe de l'étude et le déroulement de l'entretien. Le chercheur demande l'accord de la personne interviewée pour l'enregistrement audio de l'entretien, ce qui permet d'avoir tous les propos dans leur forme originale. En même temps le chercheur garanti l'anonymat. Après avoir obtenu l'accord de la personne interviewée, le chercheur passe à la deuxième partie de sa démarche, les questions ouvertes, l'entretien lui-même.

Dans la partie des questions ouvertes, le chercheur commence à poser des questions qui passent du plus général au plus particulier tout en essayant de laisser la place à une conversation libre dans un climat qui permet à l'interviewé de s'ouvrir au dialogue. Les questions restent cohérentes, simples et facile à comprendre.

Dans une troisième partie, le guide comporte un court recueil quantitatif qui comporte le sexe de l'interviewé et le milieu dans lequel il exerce (rural/semi-rural/urbain).

Nous avons construit notre guide d'entretien en respectant ces trois parties. Notre guide a été élaboré après une revue de la littérature axé sur le burnout en général et le burnout parmi les médecins généralistes. Nous nous sommes servi du trépied du burnout pour rédiger nos questions concernant le burnout, ses symptômes et ses risques et nous avons pris l'idée de l'article « Une formation pour réduire le burnout des médecins » (14) pour essayer de connaître ce que les médecins font pour réduire leur stress.

Nous avons utilisé le même guide d'entretien autant pour les médecins généralistes français que pour les médecins généralistes roumains. Une seule question en référence aux tutelles a été légèrement différente dans sa formulation pour les deux groupes de médecins tout en gardant le même objectif.

#### *3.4.3. Le recueil des données et le déroulement des entretiens semi-dirigés*

« La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique), permettant une démarche interprétative. » (12) Dans ce but, quelques règles sont nécessaires pour assurer un recueil de données de qualité. Premièrement, l'entretien doit se dérouler dans un endroit calme et tranquille où on est sûr que la file des pensées ne sera pas interrompue. Il est préférable que la discussion ait place autour d'une table pour faciliter la communication. Deuxièmement, l'enquêteur enregistrera l'entretien uniquement sous forme « audio » avec le seul but d'assurer la transcription exacte de celui-ci. Et troisièmement, la durée de l'entretien sera entre 15 et 30 minutes en fonction de la disponibilité de la personne interviewée.

Pendant toute cette période, le chercheur doit garder une attitude d'écoute attentive, de compréhension, d'empathie et de neutralité tout en se maintenant à l'écart de toute critique. Il doit créer un climat de confiance et sympathie tout en étant capable de reformuler à chaque instant, si le contexte le demande, pour permettre à avancer dans l'entretien et toucher toutes les thèmes et sous-thèmes de celui-ci.

Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi de rencontrer les médecins et ne pas les interroger par téléphone, car la rencontre face à face permet la création d'une relation de confiance. Au début de ce projet, nous avons choisi d'interviewer 10 médecins généralistes français et 10 médecins généralistes roumains. On a considéré ce nombre correct pour refléter la faisabilité du projet de recherche tout en tenant compte des contraintes qu'un tel projet implique comme la prise de rendez-vous, le temps de déplacements, la durée des entretiens et le temps nécessaire pour transcrire mot-à-mot les entretiens pour ensuite analyser les données. Afin de vérifier si ce nombre était suffisant nous avons procédé à une vérification de la saturation de données lors des rencontres successives avec le directeur de thèse pour effectuer ensemble l'analyse des entretiens. Nous avons jugé nécessaire d'augmenter le nombre des entretiens avec les médecins généralistes français, en atteignant la saturation des données lors du 15<sup>ème</sup> entretien. Du côté roumain, les 10 entretiens se sont montrés suffisants pour atteindre la saturation.

Les entretiens ont été effectués avec la majorité des médecins dans leur cabinet, le jour et l'heure ont été établis auparavant par téléphone. Parmi les médecins français certains ont préféré me donner un rendez-vous chez eux, un jour quand ils ne travaillaient pas. Avec quelques médecins, qui n'habitent pas ma région et qui ont voulu participer à cette étude, nous avons établi ensemble un rendez-vous via Skype©, souvent en fin de journée ou en weekend. Et encore quelques médecins rencontrés pendant une formation médicale continue, intéressés par mon projet, ont accepté de m'accorder un entretien pendant le weekend de formation, dans une salle à part, en fin de journée. Avec les médecins roumains, les entretiens se sont déroulés soit à leur cabinet, soit à leur domicile, lors d'un voyage en Roumanie. Tous les entretiens se sont déroulés du début mars jusqu'à fin juin 2016.

Pour enregistrer les entretiens avec les médecins, j'ai demandé leur accord en début d'entretien, tout en garantissant l'anonymat. Tous les médecins ont été d'accord pour l'enregistrement audio de notre conversation. Je me suis servie d'une application sur le téléphone portable pour effectuer les enregistrements.

A l'issue des premiers entretiens, ensemble avec le directeur, nous avons réévalué la nécessité de modifier ou pas notre guide d'entretien. Cette étape n'a pas été nécessaire et nous avons gardé le même guide pour les 25 entretiens avec les médecins généralistes.

### **3.5. La méthode de l'analyse des données**

L'analyse des données qualitatives, dont la plus connue est l'analyse de contenu, est la méthode la plus répandue pour étudier les interviews ou les observations qualitatives.(15)

Une bonne analyse des entretiens semi-dirigés s'appuie sur la qualité et la précision des données qui ressortent de ces entretiens ainsi que sur une rigoureuse méthodologie. Cette

analyse doit pouvoir être reproductible, quel que soit la personne qui la réalise. Les conclusions doivent être toujours les mêmes.

Ensemble avec le directeur du projet, nous avons analysé chaque entretien semi-dirigé en créant une grille d'analyse, qui nous a permis de coder et traiter les informations recueillies. Le but de notre analyse a été de décrire le matériel issu des entretiens et d'étudier sa signification.

Dans la recherche qualitative, le recueil des données repose sur l'enregistrement des entretiens et ensuite sur leur transcription exacte. Avant de commencer l'analyse, la première étape fait l'inventaire des informations recueillies et les mets en forme par écrit.(15) Cette étape est fondamentale pour obtenir des résultats valides et riches. Le texte qui résulte de la transcription des entretiens s'appelle verbatim et représente les données brutes de notre enquête. « La retranscription organise le matériel d'enquête sous un format directement accessible à l'analyse. » (15)

Les 25 entretiens semi-dirigés réalisés avec des médecins généralistes français et roumains ont été transcrits dans leur intégralité, mot-à-mot, sans changer le texte et sans aucune interprétation ou abréviation, de manière à respecter leur expression. Les entretiens avec les médecins roumains ont été d'abord transcrits en roumain et ensuite traduits en français. Dans la mesure du possible, je me suis engagé à transcrire aussi le non-verbal de nos entretiens, en marquant entre parenthèses les rires, les soupires, les silences, qui aident à comprendre le sens du texte et l'état d'esprit du médecin interviewé.

La transcription des données a été effectuée grâce à l'enregistrement audio de chaque entretien et elle a été tapée à la main dans un fichier Word dans les 2-3 jours qui ont suivi l'entretien, afin d'avoir encore vifs dans la mémoire tous les éléments de communication non-verbale.

L'exploitation des données doit être et doit rester strictement anonyme et pour respecter cet anonymat chaque participant a été identifié par un code. Ce code comporte une abréviation MG= Médecin Généraliste suivi de F=Français ou R=Roumain et d'un chiffre indiquant l'ordre chronologique des entretiens avec les Français et avec les Roumains.

Les entretiens dans toute leur intégralité peuvent être consultés à la fin de cette étude dans la section annexe numérique sur CD : Enregistrement des entretiens et Transcription des entretiens.

## 4. RESULTATS

### 4.1. Résultats des entretiens des médecins généralistes français

#### 1) *Qu'est-ce que représente pour vous le burnout professionnel ?*

<p><b>Symptômes ou état proche de la dépression</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Ras le bol » - MGF10, MGF12, MGF13</li> <li>- Epuisement psychologique/ émotionnel/ physique- MGF1, MGF4, MGF5, MGF12</li> <li>- Fatigue morale- MGF8</li> <li>- Perte de l'envie- MGF8, MGF9, MGF12, MGF13</li> <li>- Perte de l'élan-MGF2</li> <li>- Perte de motivation-MGF1, MGF8, MGF10, MGF13</li> <li>- Difficulté à prendre du recul-MGF2</li> <li>- Deshumanisation du travail/Depersonnalisation- MGF1, MGF11, MGF13</li> </ul>
<p><b>Conséquences</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapacité à travailler             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Epuisement professionnel MGF1, MGF13</li> <li>- On n'arrive plus à travailler-MGF2, MGF15</li> <li>- Ne peut assurer sa fonction de médecin MGF3, MGF14</li> <li>- Perte de l'écoute MGF4</li> </ul> </li> <li>2. Irritabilité/ Abandon             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Changement de caractère/ d'attitude MGF4, MGF8, MGF14</li> </ul> </li> </ol>
<p><b>Causes</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excès de travail/Charge de travail             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surmenage MGF4, MGF5, MGF7, MGF10, MGF13, MGF15</li> </ul> </li> <li>2. Trop de responsabilité MGF7</li> </ol>
<p><b>Evoque les difficultés de prise en charge</b></p>	<p>MGF6</p>

**Pour 10/15 MGF le burnout est décrit sous forme de symptômes ou état proche de la dépression.** Pour 3 médecins le burnout c'est un « ras le bol ». 4 autres médecins ont décrit le burnout comme un épuisement psychologique, émotionnel et physique. Pour d'autres

le burnout c'est une perte : d'envie, d'élan, de motivation. Nous retrouvons aussi le burnout décrit comme « une fatigue morale » ou « une difficulté à prendre du recul ». Toutes ces « définitions » du burnout nous les retrouvons dans les symptômes **d'un épuisement émotionnel**. 3 médecins vont parler d'une **déshumanisation du travail, de la relation à l'autre** en décrivant ce que le burnout représente pour eux.

8/15 MGF décrivent le burnout en termes de ses conséquences.

Pour eux le burnout est une incapacité de travailler ou un changement de caractère du médecin tel que la relation à l'autre peut souffrir.

**Et 6/15 MGF parlent du burnout dans ses causes.** Pour eux, les causes du burnout sont la charge du travail, le trop de responsabilités, le surmenage.

MGF1 : « un ensemble des symptômes assez proche de la dépression qui comporte un manque de motivation personnelle au travail et une dépersonnalisation dans sa relation avec les patients... qui traduit un épuisement émotionnel et professionnel »

MGF2 : « c'est un moment où **on n'arrive plus à...** je dirai de façon générale plus à travailler, je le définis comme : on est un peu dépassé par les événements on n'arrive plus à réfléchir, on n'arrive plus à se projeter...**on n'arrive plus à prendre du recul** avec les patients »

MGF3 : « ne pas pouvoir assumer ma fonction de médecin soignant pour tout le monde »

MGF4 : « c'est **un épuisement**, un état d'épuisement, **surmenage**, difficultés à se concentrer, **difficultés à écouter** les autres, **d'irritabilité** »

MGF5 : « il y a l'aspect **excès de travail** et il y a l'aspect **psychologique** » « **quand les limites sont un peu dépassées** de ce que l'être humain peut supporter »

MGF6 : « ça fait partie de notre activité et je trouve qu'on est un peu **démunis au niveau de la prise en charge**. »

MGF7 : « Un **syndrome anxiodépressif** d'étiologie professionnelle... **les responsabilités, l'isolement**, le fait de ne pas pouvoir partager ses responsabilités, la pression. Pour nous c'est **la charge de travail**, les responsabilités, voilà tout ça, quoi. »

MGF8 : « c'est un **changement de l'attitude**, une **fatigue surtout morale** puis une envie de rien faire, voilà... **de tout abandonner** »

MGF9 : « L'envie de ne plus venir travailler. »

MGF10 : « **Un ras le bol auprès des malades**, une espèce de **surcharge** surtout du point de vue **psychologique**, un ras le bol du malade, on a du mal à assimiler toutes les doléances et les côtés répétitives de la chose. »

MGF11 : « c'est un état où **on n'avance plus...** où **on perd l'humanité et on devient robot...** et on travaille par inertie »

MGF12 : « le burnout je pense que c'est un peu le « **ras le bol** » de beaucoup des choses et puis tu ne retrouves plus la patience, **tu ne retrouves plus l'envie de faire ton travail** quoi... Mais à un moment donné tu es tellement **épuisé toi, physiquement et moralement**, en général les deux vont ensemble. »

MGF13 : « Le burnout, bah c'est le fait d'arriver à une... à **un état émotionnel** qui fait **qu'on se déconnecte de l'investissement dans le travail** parce que il y a **un surmenage, une saturation** en fait, voilà. »

MGF14 : « ... **ne plus supporter ses patients**, être **énervé** pour des choses qu'on supporte habituellement, de **ne pas avoir le temps de tout faire**, se sentir dépassé par les tâches administratives, par les demandes de patients, voilà, une **irritabilité**, une **impatience**. »

MGF15 : « C'est **un surmenage de travail** et du coup **on ne s'en sort plus, on est mangé par le patient** et on n'arrive plus, on ne dort plus les nuits. C'est ça le burnout professionnel. »

2) *Vous êtes-vous déjà retrouvé en situation de difficulté professionnelle, proche de ce que pourrait être un burnout ?*

<b>OUI : 8/15</b>	<b>NON : 7/15</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- déception/ activité syndicale : MGF1</li> <li>- cumul des problèmes au travail et familiaux (réactionnel au décès): MGF2, MGF12, MGF13</li> <li>- solitude : MGF2</li> <li>- difficulté organisationnelle/administrative : MGF2, MGF3, MGF7, MGF12, MGF13</li> <li>- surcharge de travail – période épidémique/urgence : MGF3, MGF12</li> <li>- fatigue chronique- ne surmonte pas : MGF4</li> <li>- somatisation passagère : MGF7</li> <li>- travail sans pensée/ par inertie : MGF11</li> <li>-désintérêt : MGF11</li> <li>- suite à l'installation : MGF13</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MGF5, MGF6, MGF8, MGF9, MGF10, MGF14, MGF15</li> </ul>

**8/15 MGF ont vécu des situations proches de ce que pourrait être un burnout.** Pour 5 des médecins, les situations proches du burnout sont les situations dans lesquelles ils ont eu des difficultés organisationnelles ou administratives. Pour d'autres la surcharge de travail par des urgences ou pendant une période épidémique est une situation difficile à vivre. 3 autres médecins décrivent le cumul des problèmes dans la famille et au travail comme des situations limites. MGF11 nous parle franchement d'une période pendant laquelle son travail

a été par inertie, sans aucune pensée et avec un désintérêt. Pour MGF13 l'installation lui a compliqué la vie, les tâches administratives et les problèmes familiaux devenant très difficile à surmonter.

**7/15 MGF n'ont jamais vécu de situation proche de ce pourrait être un burnout.**

MGF1 : « **OUI** parce que..., surtout **au niveau syndical** puisque m'étant battu 20 ans au niveau syndical... je considère que **j'ai vraiment perdu 20 ans de ma vie au niveau syndicaliste.** »

MGF2 : “ en fin c'était un **cumul de soucis à côté du travail** qui faisaient que je n'étais pas en situation...je ne me retrouvais plus en situation optimale pour travailler... **au décès de ma sœur j'ai eu le contre coup de toutes mes difficultés...** En ce moment **je suis en difficulté professionnelle du fait d'avoir à gérer des difficultés organisationnelles à côté,** voilà.”

MGF3 : “En **période épidémique** mais aussi quand il y a une **urgence** qui décale complètement **l'organisation du travail...**”

MGF4 : “Oui. Moi je suis dans une **fatigue chronique.**”

MGF5 : “Non.”

MGF6 : “Non.”

MGF7 : “que je n'étais **pas bien pendant quelque temps** parce que j'avais **beaucoup de responsabilités**, oui..., Il y a **une paire de nuits que j'ai mal dormi** mais bon, ce n'est pas une dépression... j'ai eu **des soucis** mais ce n'était pas du burnout, parce que j'avais des soucis avec mon ancien associé, tu vois, ça ne se passait pas bien.”

MGF8: “Non, jamais.”

MGF9 : “Non.”

MGF10 : “Non.”

MGF11 : “ Oui. Je travaille par inertie, je ne pense plus à rien, je n'ai plus le désir de travailler et ... une instabilité mentale et un désintérêt. »

MGF12 : “il y a des moments qui sont difficiles. Quand tu es **surchargé par le boulot** et que **tu as d'autres trucs à côté...** soit parce que t'as d'autres trucs dans ta vie personnelle qui font que tu es moins disponible pour ton boulot soit quand tu as des **courriers administratifs qui te tombent dessus quand, franchement tu as d'autre choses à faire...** Donc là, c'est des situations quand, effectivement, **quand tu as des trucs injustes et administratifs au-dessus, effectivement tu as envies d'envoyer un peu tout balader.** »

MGF13 : “**Suite à mon installation** en fait, quand j'ai réalisé ce que ça représentait en fait comme investissement, en termes d'attente des patients et d'exigences, j'avais le **sentiment d'être un petit peu coincé** par ça, en fait et en terme aussi de **gestion du cabinet**

je trouvais que **c'était trop lourd et que ça empiétait là pour le coup vraiment sur mes temps de vie privé.** »

MGF14 : "Non."

MGF15 : "Moi, personnellement non. Pour l'instant, ou alors je le cache »

3) *Avez-vous déjà ressenti un épuisement émotionnel en lien avec votre profession de médecin ?*

OUI : 11/15	NON : 4/15
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de reconnaissance du patient : MGF1</li> <li>- Organisationnel/ problèmes licenciement personnel : MGF2</li> <li>- Fluctuant dans la journée/ passager : MGF5, MGF12, MGF14</li> <li>- Trop de travail : MGF4, MGF14</li> <li>- Fatigue : MGF7, MGF9</li> <li>- Maladie (infarctus) : MGF3, MGF11</li> <li>- Lien avec le patient/ Trop d'affect : MGF1, MGF12</li> <li>- Questionnement sur le sens du travail : MGF13</li> <li>- Problèmes familiaux qui retentissent sur le travail : MGF2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- car association, échanges, vacances : MGF6</li> <li>- MGF8, MGF10, MGF15</li> </ul>

**11/15 MGF ont déjà ressenti un épuisement émotionnel en lien avec leur profession de médecin.** Les raisons d'un vécu d'épuisement émotionnel sont différentes en fonction de chaque médecin mais nous retrouvons le manque de reconnaissance de la part du patient, les problèmes organisationnelles, la charge de travail, la fatigue, les problèmes familiaux, le "trop" d'affect avec le patient ainsi que la maladie.

**4/15 MGF n'ont jamais ressenti un épuisement émotionnel en lien avec leur profession de médecin.** Parmi eux, MGF6 nous dit que c'est grâce au fait qu'elle travaille en association, qu'il y a de l'échange et qu'elle prend des vacances.

MGF1 : "Encore une fois c'est les patients pour lesquelles on s'implique le plus au niveau émotionnel qui sont intransigeants... voilà ils changent de médecin ce qui est quand même difficile à vivre nous car nous sommes investis au niveau émotionnel mais eux ils ne supportent pas la moindre incartade. »

MGF2 : « ...des causes familiales donc, qui retentissaient sur mon travail. Là, on ce moment c'est directement les problèmes professionnels qui retentissent sur la difficulté à affronter le travail... c'est les soucis d'organisation pour travailler...ben en ce moment les licenciements de personnel, les réorganisations, les délais qu'on a dans les réponses ... là encore c'est les à-côtés qui retentissent sur ma difficulté à dormir, ma difficulté à travailler... »

MGF3 : « disons que j'ai toujours tenu le coup jusqu'à la fin de la journée pour qu'ensuite je puisse décompresser parce qu'autrement ce n'est pas le top, quoi... »

« Moi je me suis épuisé à tel point que ...j'ai fait un infarctus que tu ne diras pas »(Q12)

MGF4 : « A plusieurs reprises parce que **je travaille trop.** »

MGF5 : « ... purement **passager** quoi... »

MGF6 : « je pense ... c'est bien de **faire une pause** et justement prendre **des vacances** pour effectivement ahh, faire une pause quoi ... et **pouvoir un peu couper, penser à autre chose... on a une activité, avec mon associé,** qui est quand même... il y a de **l'échange.** »

MGF7 : « **Une fatigue, oui,** un épuisement, non. »

MGF8 : « Non, jamais. »

MGF9 : « ça peut arriver, certains jours on est **fatigué, des situations difficiles humainement.** »

MGF10 : « Non. »

MGF11 : « ... j'ai ressenti un épuisement émotionnel jusqu'à un état de crise, d'ailleurs j'ai fait **un infarctus...** »

MGF12 : « toujours **assez ponctuel...** un certain **côté affectif avec le patient...** forcément le jour quand ils s'ont vout, quand tu as toute la famille, tout le reste derrière... »

MGF13 : « ...**des doutes quant aux choix** que j'avais fait et du coup c'était une crise plutôt d'ordre métaphysique ... je me demandais vraiment quel était **le sens de ce travail,** quel part de liberté finalement j'avais dans ce mode d'exercice libéral... »

MGF14 : « **Il y a des journées...** tout le côté administratif, le secrétariat n'était pas fait, l'appel des patients, c'était **une journée un peu speed et pas agréable pour moi.** »

4) Avez-vous le sentiment d'avoir déjà travaillé sur un mode « déshumanisé », par exemple à la fin d'une longue journée de travail ?

OUI : 11/15	NON : 4/15
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moins de temps/perce de l'écoute : MGF6, MGF13</li> <li>- Diminution de l'empathie : MGF1</li> <li>- Excès d'empathie, devient fusionnel : MGF2</li> <li>- Automatismes/machine : MGF3, MGF5, MGF11, MGF15</li> <li>- En fonction du moment (fin de la journée/fin de la semaine etc.) : MGF4, MGF6</li> <li>- Surcharge de travail/ absence des collègues : MGF12, MGF13</li> <li>- MGF9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Par la connaissance du malade : MGF7</li> <li>- Par l'empathie/ le lien avec le malade : MGF8</li> <li>- Mais agressivité vis-à-vis du malade : MGF10</li> <li>- Mais baisse vigilance : MGF14</li> </ul>

**11/15 MGF ont déjà eu le sentiment d'avoir travaillé sur un mode « déshumanisé ».** Les médecins français interviewés décrivent ce mode « déshumanisé » par une diminution de l'empathie, une perte de l'écoute à cause du temps limité accordé au patient, par des automatismes, par l'absence des collègues et donc une surcharge de travail. Pour certains d'entre eux ce mode de travail peut s'installer à la fin de la journée ou à la fin de la semaine.

**4/15 MGF n'ont pas eu le sentiment de travailler sur un mode « déshumanisé »** mais ils décrivent une agressivité qui peut s'installer vis-à-vis du malade ou une baisse de vigilance. Deux MGF vont justifier le fait qu'ils n'ont jamais travaillé sur un mode « déshumanisé » par leur empathie avec le malade ou par leur connaissance du malade.

MGF1 : « ...pas extrêmement distant car j'ai des relations assez fortes avec mes patients... mais... je me questionne quand même...j'ai l'impression de plus en plus des personnes où je me dis « encore elle » ...mais ça c'est peut-être l'usure avec le temps... »

MGF2 : « ... au contraire **je suis encore plus fusionnelle avec les patients du fait d'être fragile**, je n'arrive pas à prendre ce recul qui me protégerait et donc je ne pense pas...non... »

MGF3 : « ... parce qu'il y a un moment quand on est dans les automatismes, on a envie que les journées s'arrêtent ... »

MGF4 : « Oui, bien sûr, de déshumaniser les patients à la fin de la journée, à la fin de la semaine... »

MGF5 : « On devient quelques fois **des machines**... »

MGF6 : « Bah c'est vrai que ça m'est arrivée d'être moins, de sentir que j'étais moins à l'écoute. Effectivement après une journée de travail ou des soucis personnelles ou... »

MGF7 : « ...le médecin de campagne, on connaît tout le monde, on discute de la famille, les enfants, on discute de plein des choses, donc ce n'est pas complètement déshumanisé... »

MGF8 : « ... par rapport à la médecine générale c'est complètement différent, **tu es très attaché à tes malades** mais non..., je n'ai jamais été... non, non, déshumanisée, non, pas du tout... »

MGF9 : « Oui. »

MGF10 : « Non, moi, j'ai **plutôt une sensation d'énerverment, d'agressivité**, un bout de 13-14 heures j'ai plutôt une sensation d'agressivité, d'énerverment **vis-à-vis du malade**. »

MGF11 : « je ne suis plus un être humain, **je suis plus qu'un robot**... c'était un **travail automatique** »

MGF12 : « ...peut-être quand Didier (son associé) n'était pas là car quand on a 40 consultations par jours... »

MGF13 : « Ça m'est arrivé plein des fois, oui, oui... d'avoir envie de terminer rapidement la consultation ou effectivement de ne pas être suffisamment à l'écoute des gens, même de fois de ne pas être assez réactive aux situations, de laisser un peu trainer parce qu'il y avait trop à gérer en même temps... »

MGF14 : « Non, pas déshumanisé mais **moins vigilante oui**. Tu sens que le cerveau est plus lent, dire la fatigue oui, **la fatigue**. »

MGF15 : « ça veut dire que je fais ça...à un moment donné je fais vite, je ne me pose plus des questions, c'est ça, ça, ça et c'est ça, ça, ça. Après je ne rentre plus trop dans le détail, on a envie de finir sa journée et rentrer chez soi quoi. »

5) *Si oui, cela a-t-il été jusqu'à remettre en question vos compétences : « vous ressentir mauvais » ?*

OUI : 11/15	NON : 4/15
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress/informatique : MGF1</li> <li>- L'organisation : MGF2</li> <li>- Difficulté d'assumer : MGF3, MGF11</li> <li>- Remise en question : MGF4, MGF6, MGF13, MGF14</li> <li>- Culpabilisation : MGF6</li> <li>- Mais formation continue : MGF7, MGF8</li> <li>- Peur de ne pas être à la hauteur/anxiété : MGF11</li> <li>- MGF5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation continue : MGF1</li> <li>- Exigence permanente : MGF2</li> <li>- MGF12, MGF15</li> </ul>

**11/15 MGF se sont déjà remis en question par rapport à leurs compétences.** On note une remise en question assez souvent chez les MGF interviewé. Certains nous ont parlé d'une peur de ne pas pouvoir assumer ou de ne pas être à la hauteur. Donc nous allons retrouver la notion de formation continue qui répondra à des questions ou enlèvera des doutes. MGF6 nous parle de culpabilité par rapport à des oublis.

**4/15 MGF n'ont pas vécu cette remise en cause de leurs compétences** et ils « justifient » ça par la formation continue ou par une exigence permanente envers soi-même.

MGF1 : « non parce que...je ne crois pas. Je fais quand même beaucoup de formation continue »

MGF2 : « Au contraire je pense que **je suis toujours aussi exigeante ...** »

MGF1 : « ... après les circonstances font que si **un jour je suis stressé par l'informatique** ou par n'importe quoi...bon voilà... on n'a pas les mêmes conditions optimales de travailler... »

MGF2 : « ce que je remets en cause c'est **mon organisation** »

MGF3 : « forcément, parce que de l'instant où **on n'arrive pas à assumer** ce pourquoi on est fait, savoir soigner les gens, il y a un moment où on a un doute sur sa compétence »

MGF4 : « Je me pose des questions quasi quotidiennes sur ma compétence et sur mes... mais bon, ça je pense ce n'est pas une mauvaise chose de **se remettre en question.** »

MGF6 : « ça permet aussi de **se remettre en question** quand même quoi »

MGF13 : « J'avais complètement ce sentiment de ahhh, oui de peut-être ne pas être assez compétente ... et puis **c'était une remise en cause de mes choix** aussi... »

MGF14 : « Me sentir moins performante oui, oui. **Par exemple sur un choix**, est-ce-que je mets des antibiotiques, je ne mets pas... »

MGF6 : « ... mais effectivement oui **ça m'est déjà arrivée de culpabiliser** parce que j'avais oublié quelque chose... »

MGF7 : « Il y a toujours **des réunions avec les confrères**, ça sert aussi à ça, pour te mettre à jour dans tes compétences, voilà »

MGF8 : « il a fallu **se remettre en question avec plein des chapitres** qui ont manqué pendant la médecine d'urgence ... »

MGF11 : « Oui, avoir **le sentiment de ne pas être à la hauteur** et non pas pendant le travail mais avant le travail où on a peur de ne pas y arriver. On a **peur de ne plus être capable d'assurer...** »

6) *Est-ce-que suite à diverses situations difficiles y-a-t-il eu un changement de stratégie dans votre pratique, une nouvelle façon de travailler ?*

OUI : 12/15	NON : 3/15
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur le rythme de travail (refus nouveau patient, refus des visites, les horaires) : MGF1, MGF4, MGF6, MGF9</li> <li>- Travail sur soi, apprentissage du refus : MGF2, MGF13, MGF14</li> <li>- Déléguer : MGF2, MGF4</li> <li>- Secrétariat : MGF3, MGF13</li> <li>- Travail sur RDV : MGF3, MGF13</li> <li>- Vacances, un weekend sur 2 : MGF4</li> <li>- Association : MGF7</li> <li>- Cibler l'essentiel : MGF8</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MGF10, MGF15</li> <li>- MGF11 (mais prend un traitement antidépresseur, considère qu'elle est à l'origine du problème ; mais n'a pas changé sa fonction de travailler)</li> </ul>

**12/15 MGF, suite à des situations difficiles dans leur travail, ils ont dû trouver des nouvelles stratégies pour travailler.** Parmi les stratégies on note une modification au niveau du rythme de travail comme le refus des nouveaux patients ou des visites, le changement au niveau des horaires. D'autres MGF vont faire un travail sur eux-mêmes pour apprendre à dire « non », pour apprendre à « déléguer » ou bien pour apprendre à « cibler l'essentiel » et à « canaliser » un peu plus les patients. Pour d'autres le secrétariat ou le travail sur RDV a beaucoup apporté dans leur travail. D'autres médecins ont fait le choix de s'associer ou bien de prendre plus souvent de vacances et de travailler un peu moins.

**3/15 MGF nous ont répondu qu'ils n'ont pas fait des changements suite à des situations difficiles vécues** mais nous notons que MGF11 prend un traitement antidépresseur, considère que c'est elle le problème et n'arrive pas à changer sa façon de travailler.

MGF1 : « Ce n'est pas de travailler mais d'organiser mon travail parce que je ne prends pratiquement plus des nouveaux patients en tout cas certainement pas en visite ... »

MGF6 : « moi, au **niveau des horaires, maintenant j'essaie de ne plus déborder**, je suis plus stricte... **Mais j'essaie maintenant de rentrer à des heures moins tardives** et puis maintenant quand je trouve que les patients ont des exigences qui dépassent...ahh, savoir dire non. »

MGF9 : « Un aménagement des horaires »

MGF2 : « je me suis inscrite à des formations, j'ai appris à... Prioriser mon travail (...) je commence aussi bien par quelque chose qui va me prendre du temps et je termine par des petites tâches. (...) J'ai appris à partir en laissant des choses sur mon bureau... On a gagné en comptabilité etcetera, on a délégué la comptabilité aux secrétaires ... Je me dis ça ne pourrait aller que mieux et pourtant ce n'est pas le cas. Donc régulièrement j'essaie de trouver pourquoi et voilà... »

MGF13 : « j'ai plutôt fait **un travail sur moi** en fait **pour arriver à accepter de ne pas être partout tout le temps**, ce n'était pas possible et d'accepter ça et accepter de ne pas travailler aussi bien que je voudrais... » ... « Le cabinet est bien organisé, on a quand même **une secrétaire sur place, je travaille uniquement sur rendez-vous, donc j'ai réussi de mettre en place des choses comme ça** pour gérer un peu le stress »

MGF14 : « J'essaie d'évoluer en permanence pour être plus dans le confort, plus dans la patience... »

MGF4 : « **je travaille déjà moins, j'ai un autre rythme de travail**, je prends plus des **vacances, plus de weekend**, je ne travaille plus tous les samedis, **je fais un samedi sur deux**, oui j'ai réduit. A oui. Je réponds moins au téléphone aussi. **Je fais plus les appels...** »

MGF3 : « la nouvelle façon qui a modifié les choses c'est **la gestion de mon emploi du temps par des secrétaires** »

MGF7 : « L'association je trouve que c'est un bon moyen de partager tout, la charge de travail. Si je me suis associé c'est aussi parce que tout seul ce n'était pas évident. »

MGF8 : « ... **je canalise un tout petit peu mes patients**, je centre les priorités parce que les malades ont tendance à s'éparpiller avec plein des pathologies, donc **je commence à mieux centrer leurs doléances** ... »

7) *Est-ce-que l'installation a représenté ou représente encore pour vous un facteur de stress ? (La crainte de ne pas avoir assez de patients/ Les éventuels contraintes financières...)*

OUI : 10/15	NON : 5/15
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Désabusée : MGF2</li> <li>- Problèmes en tant qu'employeur : MGF2</li> <li>- Problèmes de gestion/tâches administratives : MGF2, MGF14</li> <li>- Problèmes de solitude : MGF2, MGF7</li> <li>- Angoisse : MGF3</li> <li>- Pas d'internet : MGF3</li> <li>- Manque de préparation : MGF5</li> <li>- Au début : MGF7, MGF8</li> <li>- Surcharge de travail : MGF13, MGF14</li> <li>- Se projette dans une installation actuelle : MGF9, MGF10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suffisamment de patients : MGF1</li> <li>- L'installation, une liberté par rapport au remplacement : MGF4</li> <li>- Bonne association : MGF6</li> <li>- MGF12, MGF15</li> </ul>

**Pour 10/15 MGF le fait d'être installés, d'avoir en charge leur propre cabinet, est un facteur de stress chronique.** Ils nous ont parlé de leurs problèmes en tant qu'employeur, de leurs problèmes de gestion et leurs tâches administratives. Pour certains la solitude c'est un problème. Souvent cette solitude est due au nombre décroissant des médecins et notamment des médecins installés.

**Pour 5/15 MGF l'installation n'est pas un facteur de stress.** Et ce fait est dû à une bonne association ou à une bonne clientèle.

MGF1 : « Pas du tout parce que j'ai posé ma plaque et en moins d'une heure j'avais déjà un patient. Il passait là par hasard, il a vu la plaque et il a sonné. J'ai toute suite travaillé et beaucoup travaillé... »

MGF4 : « Non, justement non. Parce que moi j'ai remplacé longtemps avant, j'ai remplacé pendant 7 ans donc **l'installation c'était une libération.** »

MGF6 : « Non. Non maintenant parce qu'on est une association bien sûr qui se passe bien. »

MGF2 : « Donc là aujourd'hui, le fait d'être installée, t'as des facteurs de stress parce **que tu as des salariés, donc tu as tant des responsabilités...** donc d'une part, **autant qu'employeur** tu as des tant des papiers à faire d'accessibilité... nous on n'est pas, on reste des généralistes, on n'a pas du temps, on n'a pas suffisamment de temps pour comment faire, à la fois **des taches de gestion d'entreprise et des taches de gestion de patientèle** et pourtant maintenant c'est de pire en pire cette tache de gestion d'entreprise prend plus de

place... Alors jusqu'à présent je la faisais en sachant que j'étais aidée dans la gestion de patientèle mais là, **la perspective de me dire que tout va reposer sur mes seules épaules, ça me fait peur quoi** »

MGF14 : « Oui. Oui. Parce que quand tu fais des remplacements tu ne t'en occupes pas de toute **la gestion du cabinet, voilà, tu n'as pas de comptabilité. Là, on a une femme de ménage il faut qu'on change son mode...** Avant elle était employé d'une association, maintenant il faut que je l'inscrive, voilà, **ça demande du temps, du stress** »

MGF7 : « Ça représente un facteur de stress parce que, ben, **tu t'installes à ton nom, tu es responsable toi-même, tu n'as pas une hiérarchie d'hôpital derrière toi**, bah, un chef de clinique, patron, directeur, une équipe ... **tu es tout seul** »

MGF3 : « quand je me suis installé j'avais **plein d'angoisses** parce que nous à l'époque, on n'avait jamais exercé au-delà d'une semaine 15 jours dans des remplacements, c'est tout. Donc, **on était un peu abandonné à nous même, ça c'est sûr. Et il n'y avait pas internet à l'époque...** »

MGF5 : « Oui. Oui. Oui. Bien sûr quoi. L'installation c'est un domaine, c'est une étape franchement importante dans la vie professionnelle quoi, ça je maintiens quoi, mais... Je pense c'est gérable, quoi. Pour la préparer il faut... il faut l'improviser... il faut étudier son projet, bien le positionner et si différents paramètres sont pris en charge, l'installation peut se passer sans problème quoi... mais c'est un facteur de stress, c'est sûr. »

MGF8 : « Ouh-la-la ! Oui ! Oui, oui, oui, oui ! Je suis tout oui. Ha ha ha (*rires*). **Maintenant je rigole mais au début je rigolais moins.** Bon, je n'étais pas en burnout, non, loin de là, mais oui, **ça m'a beaucoup stressé, ah** »

MGF13 : « ... moi je suis sur **une zone qui est fragile au niveau démographie médicale** avec, à part une consœur, tous les autres confrères sont proche de la retraite et je vois bien que **personne ne veut s'installer en ce moment donc je suis très inquiète pour la suite (...)** Mais l'installation pour moi c'est **vraiment le sentiment de m'avoir accroché des boulets aux pieds et de ne pas arriver à pouvoir les décrocher...** »

MGF9 : « Si je devais m'installer aujourd'hui, oui, certainement... »

MGF10 : « L'installation, elle est un peu loin (*rires+++*). Ce n'est plus les mêmes conditions, ce n'est plus... ça n'a plus rien à voir... »

8) *Est-ce-que vos conditions actuelles de travail peuvent être pour vous un facteur de stress chronique ? (Les horaires de travail, le système informatique...)*

OUI : 11/15	NON : 5/15
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps/35H : MGF1</li> <li>- Temps/ perte d'associé : MGF2, MGF14</li> <li>- Manque de reconnaissance et beaucoup d'actes : MGF3, MGF14</li> <li>- Charge de travail/Horaires : MGF3, MGF5, MGF12, MGF13, MGF14</li> <li>- Risque de maladie personnelle ou dans la famille : MGF6</li> <li>- Gardes : MGF7, MGF12</li> <li>- Problèmes après l'installation : MGF11</li> <li>- MGF10 (avec rires pleins de sous-entendus)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mais dans le futur OUI/départ en retraite des collègues : MGF4</li> <li>- Associés : MGF7, MGF8</li> <li>- Sauf au moment de l'infomatization : MGF8</li> <li>- MGF9, MGF15</li> </ul>

**Pour 11/15 MGF leurs conditions de travail actuelles peuvent être un facteur de stress chronique.** Pour la majorité leurs horaires de travail avec la charge de travail est un facteur de stress chronique. Pour d'autres le manque de reconnaissance de la part de leurs patients et leurs familles les épuise. D'autres médecins se projettent dans le risque de maladie personnelle ou dans leurs familles et ça les stresse car leurs conditions actuelles de travail ne leurs permettent pas d'être malade. Et encore une fois le fait de se retrouver seul suite à des départs en retraite des collègues c'est un facteur de stress chronique.

**Pour 5/15 MGF leurs conditions de travail actuelles ne sont pas un facteur de stress chronique** mais ils peuvent se projeter dans des situations de stress s'ils n'avaient plus leurs associés.

MGF1 : « OUI... **depuis les 35 heures certainement.** Parce que on a toujours bien aimé notre travail mais, **j'ai vécu l'avènement de 35 heures.** Depuis l'avènement de 35 heures on se rend compte qu'on travaille à contre-courant. Trop travailler par rapport à mon revenu horaire... »

MGF2 : « C'est sûr que je suis dans des conditions de travail qui ne correspond plus du tout aux conditions de travail dans lesquelles j'ai commencé mon exercice. Moi, **je me suis installée en choisissant d'être en association et de travailler à 2...a... donc je n'ai jamais voulu travailler toute seule et là d'un seul coup je me retrouve à devoir travailler seule... »**

MGF14 : « Oui parce que les journées sont parfois longues. Oui. (...) Là, actuellement, je suis dans cette inquiétude si tu veux parce qu'il y a beaucoup des collègues

qui sont partis en retraite, d'autres qui vont partir bientôt et toutes les semaines il y a des gens qui nous appellent pour qu'on soit leur médecin (...) Et on voit qu'il faut travailler toujours de plus en plus, jour à jour du temps de travail aussi. Effectivement ça me questionne et ça prend sur moi. Oui. Et puis le métier, oui. Le métier n'est pas valorisé. (...) »

MGF3 : « Ba actuellement oui, parce que, comme on n'est pas loin de 25 à 30 actes quotidiennes, on est toujours en pression permanente et à la limite supérieure de nos possibilités de gestion médicale, à mon avis ... »

MGF5 : « bah la personne lui-même, le médecin, **le mode de travail, la charge de travail...** »

MGF12 : « Oui, peut-être sur **les horaires de travail, oui**. Les horaires de travail oui. (...) des fois on pourrait finir plus tôt, on finit à 8 heures, puis, ce qui est casse pieds c'est aussi **l'obligation d'être là aussi de 8h à 20h**. Quand on part l'après-midi en visite, tu peux très bien te dire « tiens j'ai deux visites à faire et puis j'arrête » mais comme on n'a pas SOS médecin on ne peut pas faire tout ça. De fois on a un peu de temps libre, en été, mais on est un peu bloqué quelque part, **un peu l'impression d'être de garde et de permanence tout le temps**

MGF13 : « Oui, complètement. Oui, oui. Même si je pense que j'ai des bonnes conditions de travail dans le sens où globalement quand même les patients sont assez respectueux du médecin etcetera... suis dans une zone rurale, donc il y a quand même encore cette culture là et puis le cabinet et bien organisé, on a quand même une secrétaire sur place, je travaille uniquement sur rendez-vous, donc j'ai réussi de mettre en place des choses comme ça pour gérer un peu le stress mais effectivement j'ai l'impression de jamais en faire assez, donc ça c'est un stress chronique, oui.

MGF6 : « oui, dans le sens où on est une profession libérale et il faut pas être malade, il faut pas... bah, quand les enfants sont malades c'est compliqué parce qu'on ne peut pas prendre nos journées du jour au lendemain donc il faut se débrouiller... »

MGF7 : « Si tu veux un facteur de stress c'est les gardes, les astreints, ça oui. »

MGF11 : « Oui en fait. Au départ ça allait (rires) mais là, parce qu'il y a énormément des patients, je me rend compte de la pénurie du travail parce qu'il y a beaucoup trop de travail, il y a beaucoup trop de demande, les patients sont de plus en plus exigeants et éduquer sa patientèle c'est très beau mais ça demande beaucoup de temps et ça prend beaucoup d'énergie et l'énergie on a envie de la garder pour la médecine et non pas pour la population... »

MGF4 : « Mes conditions actuelles, peut-être pas, mais les conditions futures parce que je pense que ça va être de pire en pire parce qu'on a déjà 4 ou 5 médecins qui vont partir à la retraite cette année, donc ça va être un facteur de stress énorme, oui. »

MGF7 : « Le fait de travailler au cabinet avec ma collègue ? Non »

MGF8 : « Ah, non. Là, on est super bien, ah (...) là, honnêtement, on est hyper bien installé, on a beaucoup d'espace, on a un secrétariat médical qu'on n'avait pas avant... donc, ça... On n'est pas stressé, maintenant on est vraiment bien. »

MGF15 : « De stress chronique non mais de fois la surcharge fait qu'en fin de journée on en a un peu ras-le-bol mais de stress chronique non... »

9) *Est-ce-que vous vous sentez en sécurité à votre travail ?*

OUI : 11/15	NON : 4/15
- MGF1, MGF2, MGF4, MGF5, MGF8, MGF9, MGF10, MGF11, MGF12, MGF14, MGF15	- Certaines situations d'agressivité verbale ou des visites dangereuses MGF3, MGF6, MGF7, MGF13 - Sentiment de vulnérabilité : MGF13

**4/15 MGF ont décrit des situations dans lesquelles ils ne se sont pas sentis en sécurité à leur travail.** Pour la majorité des MGF, il s'agit des situations d'agressivité verbale ou des visites dangereuses. MGF13 nous parle aussi d'un sentiment de vulnérabilité vis-à-vis de sa sécurité autant physique que psychique au travail.

MGF3 : « j'en ai eu que 2 ou 3 aventures désagréables même au-delà très désagréables, d'une tension avec des patients et dont 2 qui m'ont menacé... qui m'ont menacé quoi, voilà »

MGF6 : « Ça m'est arrivée deux fois d'avoir peur. (...) en visite à domicile chez un schizophrène qui avait arrêté son traitement, donc là oui, j'ai eu peur (...) et une autre fois en consultation, avec un autre patient, quand il est sorti je me suis même enfermée à clé. Deux fois en 15 ans. Il y a quand même eu que j'ai eu très peur... »

MGF7 : « Une fois oui, j'avais, c'était un patient psychiatrique violent et je suis allé en urgences parce que les gendarmes m'avaient appelé »

MGF13 : « J'ai eu des moments où j'ai eu peur, oui effectivement. J'ai... à la fois, la sécurité physique, ma sécurité physique est menacée je pense par le fait que justement il y a une exigence aux niveaux des patients. Par exemple si je suis malade je vais quand même aller travailler. (...) Donc je sens que je tire sur mes réserves physiques et à la fois, oui à la fois j'ai eu voilà des situations d'agression au cabinet où je me suis senti en danger, effectivement. (...) j'étais agressé verbalement etcetera, pas physiquement mais ça aurait pu basculer, je ne sais pas. Et j'étais complètement vulnérable à ce moment-là, seule dans le cabinet. »

10) *Est-ce-que les institutions en lien professionnel sont source de stress ? La CPAM, l'ARS, l'HAS ?*

OUI : 7/15	NON : 8/15
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CPAM qualifie le médecin comme un risque en tant que tel : MGF1</li> <li>- Paperasse/Travail supplémentaire : MGF3, MGF7</li> <li>- Temps perdu : MGF3</li> <li>- Majore le stress : MGF5</li> <li>- Problème par rapport aux arrêts de travail/remise en cause du médecin : MGF12</li> <li>- Aucune aide de leur part : MGF14, MGF2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect de la loi/bonne relation : MGF2, MGF6, MGF8, MGF13</li> <li>- MGF4, MGF9, MGF11, MGF15</li> </ul>

**Pour 7/15 MGF les institutions en lien professionnel sont un facteur de stress.** Certains MGF ne retrouvent aucune aide de la part des institutions. D'autres nous ont parlé du travail supplémentaire qu'ils doivent faire et qui le fait perdre du temps. D'autres nous ont décrit des vécus épisodiques de stress créée par les institutions mais qui sont restés dans leurs mémoire.

**Pour 8/15 MGF les institutions en lien professionnel ne sont pas un facteur de stress,** surtout s'ils restent dans le respect de la loi et s'ils gardent une bonne relation.

MGF1 : « D'ailleurs la Caisse Primaire a un service qui s'appelle « Le Service du Risque » et le risque ce n'est pas le tabac ni l'alcool ni la maladie, le risque c'est c'est le professionnel de santé. Donc, le médecin (...) Je considère qu'autant qu'on nous appellera « le risque » ... ça m'agace... Ce n'est pas de partenariat correct, voilà »

MGF3 : « disons que tout ça c'est de la paperasse supplémentaire qui forcément rend service à la CPAM, l'ARS etcetera mais nous... on ne voit pas l'intérêt, pour nous c'est des enquiquinements, c'est tout (...) Tout ça c'est du temps perdu, ah... pour des protocoles pour lesquelles on suit à 99% des cas ce que l'HAS propose comme suivi thérapeutique, médical, médicamenteux etcetera »

MGF7 : « ils sont **source de travail supplémentaire qui nous surcharge les journées,** qui peuvent entraîner un épuisement, qui peuvent majorer le stress, majorer tout. Ça peut, **oui...** »

MGF5 : « Forcément parce que c'est multifactoriel, on dépend de plusieurs, justement, institutions et comme je disais toute à l'heure par rapport aux facteurs de stress, ba, **plus tu as un intervenant, plus tu peux avoir un facteur stress dominant** quoi... »

MGF12 : « Donc je suis allé avec tous mes arrêts de travail à la Caisse Primaire de Nancy, ils m'ont dit « non, il n'y a pas de souci, tous vos arrêts sont justifiés, sont validés » sauf que, statistiquement je suis au-dessus donc on m'a dit « de septembre 2015 à janvier 2016 vous devez faire 20% d'arrêt de travail au moins », ça va... (Question 2) » « . Oui, parce qu'en général on ne peut pas dire qu'ils nous apportent une aide positive. Je ne dis pas que celle de la CPAM qui vient tous les 3 mois nous faire un bilan... c'est toujours très, très vague, c'est toujours des chiffres, des statistiques qui ne veulent rien dire, pour moi, ça veut rien dire... »

MGF14 : « Oui parce qu'ils ne sont pas là pour nous aider, ils sont là pour nous surveiller. Si on prend la CPAM, est-ce qu'on prescrit ce qu'il faut prescrire voilà... parce qu'on donne notre profit régulièrement, tu es bien, tu n'es pas bien... L'ARS c'est que la comptabilité, voilà ce n'est pas, ils ne valorisent pas du tout le système de soin »

MGF2 : « Là où on est en source de conflit... là par exemple j'essaie de résoudre mon problème, j'ai l'impression de ne pas avoir d'aide du côté des institutions. L'ARS, ils ont un discours à faire passer mais ils ne vont pas chercher à accompagner, à trouver de solution pour nous aider, donc de ce côté-là... »

MGF2 : « Moi, la CPAM ne m'a jamais posé de souci, si on respecte la loi, si on respecte les règles jusqu'à présent ça ne m'a pas posé de problème, je n'ai pas été en difficulté »

MGF6 : « on n'y pense pas tous les jours, mais comme on essaie de faire bien son travail, les recommandations, c'est sûr qu'on est vigilant.. »

MGF8 : « Dans l'immédiat pas du tout, on essaie de suivre les recommandations de l'HAS mais avec le dialogue avec la Caisse... Dans l'immédiat on a des très, très bonnes relations avec la Caisse. On n'a pas eu des problèmes... »

MGF13 : « Moi j'essaie de les voir comme des alliés, quand même. Globalement c'est vrai que vraiment sur... si on ne prend pas du tout de recul, j'ai un conseiller de la CPAM avec qui je m'entends très bien et qui œuvre beaucoup pour nous et qui n'est pas du tout moralisateur, donc ça c'est quand même assez important pour avoir des bonnes relations avec la Sécu. »

11) *Votre vie personnelle joue-t-elle sur votre stress au travail et inversement, quel lien faites-vous entre la vie personnelle et le stress au travail ?*

OUI : 10/15	NON : 5/15
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, mais positivement : MGF1, MGF9</li> <li>- Oui, mais négativement/ pleures/ agressivité : MGF2, MGF3, MGF4, MGF11, MGF12, MGF13</li> <li>- Interaction : MGF5, MGF9</li> <li>- Absence de la maison : MGF14</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Par des « soupapes » : MGF7</li> <li>- Dichotomie : MGF8, MGF10, MGF6, MGF15</li> </ul>

**Pour 10/15 MGF il y a un lien entre la vie personnelle et le stress au travail.** Pour deux d'entre eux le lien est positif, car, dans leur vie personnelle, ils retrouvent le ressourcement pour continuer leur travail ou pour rebondir. Pour 6 MGF le lien est négatif car le stress lié à leur travail aura un impact négatif dans leur vie personnelle, manifesté par agressivité, par pleurs ou par manque de temps, absence de la maison.

**5/15 MGF arrivent bien à faire la part des choses** en ne mélangeant pas le travail avec leur vie privée.

MGF1 : « c'est sûr que **ça a un lien**. Je ne suis pas stressé parce que **je parle beaucoup avec mon épouse, on évolue de façon vraiment parallèle**, par rapport à la profession, elle a aussi un institut dans son métier de pédiatre, pédiatrie sociale, mais...ça a un lien, c'est sûr. **Je pense que si on n'est pas...si on n'a pas une bouée de sécurité au niveau familial ni personnel on ne peut pas endurer le stress professionnel.** Voilà... »

MGF2 : « C'est certain que quand on a des soucis à la maison, on est humain, donc c'est difficile d'arriver à faire la scission complète. Alors je ne dis pas que... Quand on a des soucis on va essayer de ne pas les faire ressentir au travail mais bon, la barrière est très fragile (...) quand je rentre à la maison, c'est-à-dire, j'essaie de ne pas ramener de travail, je ne parle que rarement de mes problèmes à la maison...sauf en ce moment mais le cas est quand même grave. Donc...je veux dire j'ai eu des gros moments, j'ai pleuré plus d'une fois, je veux dire quand je craque la famille est là, elle y assiste. Donc oui, même si on se force de faire une barrière, la barrière est fragile... »

MGF3 : « évident qu'il y a un lien, pareil c'est difficile de dire que quand je viens de m'engouler avec ma femme et ça ne va pas, forcément qu'au boulot ça va moins bien. Je pense que tout le monde sait ça et vice versa, si je me fais prendre en grippe, si j'ai des réflexions de la part d'un patient, bah... c'est sûr que ça aura un retentissement dans ma vie privée, bien que j'essaie dans ce sens-là d'éviter tout problème... »

MGF4 : « Oui, ça joue, bien sûr. Parce que quand on se sent bien dans sa vie personnelle, on est déjà moins stressé au travail... et inversement, quand on est hyper stressé au travail, la vie personnelle prend un coup, oui. »

MGF11 : « En fait, je pense qu'on ramène à la maison les problèmes du travail... »

MGF12 : « quand tu rentres crevé, que tu as des enfants qui te sortent des petits trucs que tu devais écouter quoi... et puis ils disent « j'en ai marre de ton boulot et tu téléphone en rentrant et tu machin... et tu réponds au patient...oui. Là-dessus j'ai mis un peu... je ne décroche plus le portable quand je rentre... »

MGF13 : « **Laisser le professionnel de côté quand je suis à la maison, quand je rentre le soir c'est un petit peu compliqué.** Fin, si je suis dans un état de fatigue, je suis dans un état de fatigue, je ne peux pas lutter contre ça donc ça me stresse un petit peu effectivement parce que j'aimerais, bah... **Je ne passe pas beaucoup de temps avec ma famille, donc j'aimerais que ça soit du temps de qualité et ce n'est pas forcément toujours le cas ... »**

MGF5 : « A oui, oui, oui. De toute façon **on est tous humains**, donc... **il y a forcément des interactions entre la vie familiale et la vie professionnelle**, ça c'est le propre de l'humain, de l'être humain quoi... »

MGF9 : « Si on a une vie personnelle compliquée, situations difficiles personnelles, il est certain qu'il y a une répercussion sur la vie professionnelle. En ce qui me concerne, ça va très bien. Je pense que c'est un facteur positif pour ma profession. »

MGF14 : « Ba quand je passe beaucoup de temps au travail je me dis que c'est du temps moins pour ma famille...oui, donc. Oui. C'est compliqué... »

MGF7 : « ... **j'ai ce que j'appelle des soupapes**. J'adore bricoler, j'adore faire du jardinage, j'adore faire de la moto, j'adore faire des trucs »

12) *Est-ce-que l'excès d'engagement dans votre travail pourrait pour vous entraîner un épuisement professionnel ?*

OUI : 13/15	NON : 2/15
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Charge du travail/problèmes : MGF1, MGF2, MGF3, MGF5, MGF8, MGF11, MGF13</li> <li>- Mais cherche des moyens de détachement : MGF1, MGF6, MGF12, MGF14</li> <li>- MGF9, MGF10, MGF7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MGF4 (beaucoup plus stressé quand a été remplaçant)</li> <li>- MGF15</li> </ul>

**Pour 13/15 MGF un excès d'engagement dans leur travail pourrait entraîner un épuisement professionnel.** 7 MGF nous ont verbalisé leur charge de travail et leurs problèmes. D'autres ont bien la conscience du risque d'épuisement professionnel et ils cherchent des moyens de se détacher d'un excès d'engagement.

MGF1 : « c'est sûr que si on met la barre trop haut...voilà. C'est comme ça, quand vous m'avez demandé toute alors si j'avais réduit mes heures. Je me sens moins impliqué dans mon milieu professionnel. C'est comme ça que je refuse des nouvelles visites, etcetera quoi. »

MGF2 : « le problème c'est que, quand l'on s'engage, ce n'est pas qu'il faut avoir quelque chose en retour mais il y arrive un moment où à force de donner, tu as envie de recevoir aussi (...) en ce moment je donne de moi mais je donne de moi pour démonter, pour arriver au final d'avoir quelque chose de moins bien qu'avant et pour l'instant sans que j'aie de solution en amont (...) Je vais faire mon travail, je vais continuer à donner à mes patients mais je ne vais pas donner à côté. C'est à dire, une fois rentrée chez moi, je vais m'arrêter car ça ne sert à rien que tu donnes et à la fin le résultat est le même, donc je suis un peu désabusée... »

MGF3 : « oui, parce que ça a été le cas pour moi, moi je me suis épuisé à tel point que, comment je vais dire, bon j'ai fait un infarctus ... »

MGF8 : « Oui. Ça oui. Je m'engage trop, ah ? Donc il faudra peut-être garder un peu les distances mais je ne peux pas, je ne sais pas faire ... »

MGF11 : « Oui, parce qu'avec la patientèle il faut tenir, il faut tenir. Ça ce n'est pas normal, ce n'est pas naturel, ma collègue part en vacances et je reste toute seule, pour tenir la patientèle... la seule pensée qui me vient c'est « il faut que je tienne », alors ça ce n'est pas normal. »

MGF13 : « c'est vraiment pour moi un excès de travail qui peut être un facteur de stress, oui, oui. »

MGF6 : « je pense que je mets des limites. Aujourd'hui je mets des limites donc, je ne suis pas dans l'excès, donc, parce que je me préserve en fait »

MGF12 : « Oui, mais je pense qu'avec le temps t'arrives à te détacher un peu »

MGF14 : « **j'essaie de mettre en place des techniques pour éviter le burnout** quand même. Je fais du **yoga**, je fais du yoga depuis longtemps et ça c'est vraiment une soupape. Je vois quelqu'un qui travaille au **shiatsu** pour équilibrer les énergies... »

MGF4 : « Ba, **ça l'a déjà fait parce que je travaillais trop. En faisant des remplacements**, j'ai trop travaillé, j'ai eu des semaines quand je travaillais, j'ai fait un calcul, 60 heures par semaine un truc comme ça, pendant des périodes longues. **Ça m'a complètement affecté.** (...) Là oui, **j'ai diminué, ça va un peu mieux** mais bon... »

13) *Avez-vous mis en place des stratégies pour limiter les facteurs de stress ? Pouvez-vous me donner des exemples ?*

OUI : 13/15	NON : 2/15
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrêt des visites : MGF1</li> <li>- Tout faire mais pas tout en même temps : MGF1</li> <li>- Secrétariat : MGF2, MGF8, MGF11</li> <li>- Abandon d'autres projets : MGF2</li> <li>- Dire non/ Limiter : MGF2, MGF4</li> <li>- RDV / Horaires : MGF3, MGF9, MGF11</li> <li>- L'informatique : MGF3</li> <li>- Comptable : MGF3</li> <li>- Vacances : MGF4, MGF9, MGF15</li> <li>- Pas de gardes : MGF6</li> <li>- Jour de repos/weekend : MGF7, MGF15</li> <li>- Association/ Travail en équipe : MGF7, MGF8, MGF11, MGF12, MGF15</li> <li>- Les soupapes (Yoga, Jardinage, Voyages...) : MGF7, MGF14</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MGF5, MGF10</li> </ul>

**13/15 MGF ont mis en place des stratégies pour essayer de limiter les facteurs du stress.** Dans nos entretiens avec les médecins nous retrouvons toute sorte de stratégies mises en place pour diminuer le stress. Parmi ces stratégies nous retrouvons : la mise en place de consultations sur RDV, l'embauchée d'une secrétaire ou d'un comptable, une association pour retrouver un travail d'équipe, un système de travail informatique... le refus des visites ou des gardes, l'abandon d'autres projets demandant trop d'investissement, apprendre à dire « non » ou partir plus souvent en vacances, un jour de repos dans la semaine et s'adonner à leurs « soupapes » comme le yoga, le jardinage et les voyages.

MGF1 : « je ne prends plus des visites ... j'ai du mal à me battre avec les patients pour ne pas tout faire le même jour parce que pour la médecine générale c'est tout en une fois...et.. ba non. On peut faire tout mais en plusieurs fois ... »

MGF2 : « la seule stratégie que j'ai mis c'est de garder, **je me bats pour garder mon secrétariat...** Si, par exemple, au niveau professionnel je m'étais engagé dans l'éducation thérapeutique... **Je me suis retirée de tous ces projets là pour justement ne pas me disperser et me recentrer sur mon travail de médecin.** Mais après le reste c'est difficile, à part de ce que je t'ai dit toute à l'heure, **m'organiser pour mes papiers, savoir dire non aux patients...** »

MGF8 : « On a grandi le cabinet avec un troisième médecin, on a pris une secrétaire médicale... »

MGF4 : « je prends plus des weekends, plus des **vacances...** **J'ai limité les secrétaires, je veux dire les appels, je limite le nombre des consultations,** je ne prends pas toutes les urgences tous les jours

MGF3 : « c'est **les rendez-vous, c'est ça qui sauve,** c'est ça qui permet d'avoir une organisation de vie... **l'informatique** quand même... autrement soulagement de la comptabilité avec **un comptable...** »

MGF9 : « Oui, je pars en vacances régulièrement, je me fais remplacer, régulièrement et puis j'essaie d'améliorer mes horaires le mieux possible. »

MGF6 : « on n'a pas de garde de semaine donc ça c'est comme même...puis, on ne fait pas de garde de nuit donc ça c'est quand même une qualité de travail... »

MGF7 : « **Le travail à deux,** aaa, l'alternance de consultations, **le jour de repos,** le fait d'avoir ce que je t'ai dit, **des soupapes.** Moi ce que j'ai c'est le jardinage, les voyages, c'est plein des choses comme ça quoi... »

MGF11 : « on pense à une **collaboration avec un autre médecin pour alléger le travail,** qui va nous permettre **d'aménager nos horaires de travail,** qui va nous permettre d'avoir plus d'échange et puis de pouvoir répondre rapidement à la demande du patient, ce qu'on ne peut pas maintenant parce qu'on est un peu dépassé dans nos taches. Donc oui... **la formation de la secrétaire** qui est un plus ... »

MGF12 : « déjà, on est une bonne équipe et ça, ça joue quand même beaucoup ... »

MGF14 : « Je fais **du yoga**, je fais du yoga depuis longtemps et ça c'est vraiment une soupape. Je vois quelqu'un qui travaille au **shiatsu** pour équilibrer les énergies... »

MGF15 : « A prendre des vacances plus souvent, dire stop, on arrête, se faire plaisir les weekends avec les copains, oublier un petit peu s'il y a un stress au boulot. S'il y a un cas particulier, je discute avec les copains voir s'ils ont d'autres solutions... »

## **4.2. Résultats des entretiens des médecins généralistes roumains**

Avant de vous parler des résultats obtenus suite aux entretiens avec les médecins généralistes roumains, je souhaite vous parler en quelques mots du contexte roumain, dont le système politique roumain et le système de santé en Roumanie.

### *4.2.1. Le système politique roumain*

La Roumanie (România) est une République dotée d'un parlement bicaméral. Le pays est membre du Conseil de l'Europe (1993) et de l'OTAN (2003).

Membre de l'Union européenne depuis 2007, le pays est dirigé depuis en alternance par la droite (Parti national libéral, PNL) et la gauche (Parti social-démocrate, PSD), à l'exception de deux périodes au cours desquelles un Premier ministre indépendant a occupé le pouvoir. Entre février et mai 2012 d'abord, puis de novembre 2015 à janvier 2017. (16)

Le président de la Roumanie, depuis le 21 décembre 2014, est le Monsieur Klaus Iohannis. Le président est élu au suffrage universel direct pour un mandat de cinq ans. En tant que chef d'état, il est chargé de la sauvegarde de la Constitution, des affaires étrangères et du bon fonctionnement des autorités publiques. Il est également le commandant suprême des forces armées et président du Conseil suprême de défense nationale. Il nomme le Premier ministre sur conseil du parti majoritaire au parlement. Si aucun parti ne détient la majorité, il consulte au préalable l'ensemble des partis représentés. Le Premier ministre nomme les autres membres du gouvernement. Lui et ses ministres répondent politiquement de leurs actes devant le parlement. (17)

La Roumanie a eu une politique très riche, se situant toujours au cœur des grands enjeux régionaux. De sa création en 1859 jusqu'en juin 1940, elle a été une « tête de pont » francophile (aux élites francophones) de la France et de l'Angleterre, tout en essayant, avec des succès divers, de limiter les représailles de ses puissants voisins (empires germaniques puis troisième Reich, et empire russe puis soviétique dont elle fut un satellite). De février 1938 à la fin de l'année 1989, la vie politique s'appauvrit considérablement, à l'image de l'autonomie de la société civile vis-à-vis des autorités, car le pays subit trois régimes dictatoriaux : carliste, fasciste et communiste. (17)

Depuis 1990 la Roumanie connaît à nouveau la démocratie et sa vie politique a retrouvé la richesse et la complexité d'antan, avec plusieurs partis politiques majeurs et une forte tendance à la cohabitation, les électeurs donnant souvent au parlement une majorité politique opposée au parti du président ou inversement. (17)

Au XXI<sup>e</sup> siècle, les 20 millions de roumanophones se trouvent toujours, comme tout au long de leur histoire, aux limites et à cheval sur deux zones d'influence majeures : ainsi la Roumanie (17,4 millions de roumanophones sur 20 millions d'habitants) se trouve aujourd'hui dans l'Union européenne (depuis 2007) et dans l'OTAN (depuis 2004), où la puissance dominante sont les États-Unis, tandis que la République de Moldavie (2,6 millions de roumanophones sur 3,6 millions d'habitants) se trouve pour sa part (depuis 1992) dans la CEI et est observatrice de la Communauté économique eurasiatique, communautés où la puissance dominante est la Russie. (17)

#### 4.2.2. *Le système de santé roumain*

Le système roumain de santé a pour base le modèle bismarckien, son financement s'appuyant essentiellement sur les cotisations sociales. (18)

Avant 1989, le système de santé roumain était d'inspiration soviétique, de type Semashko, financé par l'État, caractéristique des pays de l'Europe centrale et de l'Est. Après la chute du communisme, une transition progressive vers le système actuel a eu lieu ; la réforme du système de santé a été un chantier majeur pour le gouvernement et le Ministère de la santé. (18)

En Roumanie, le régime général des assurances sociales vise toutes les personnes exerçant une activité professionnelle salariée ou indépendante et couvre de manière obligatoire ces personnes contre les risques maladie-maternité (prestations en espèces), invalidité, vieillesse et décès. Les assurances accidents du travail-maladies professionnelles et chômage couvrent obligatoirement les personnes exerçant une activité salariée et assimilés, et les travailleurs indépendants de manière volontaire. Le régime d'assurance santé est applicable à toutes les personnes résidant sur le territoire roumain. (19)

C'est la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAS) qui gère l'assurance maladie-maternité en Roumanie. Les risques sont financés en majeure partie par les cotisations des employeurs et des assurés, c'est-à-dire les salariés, les travailleurs indépendants et les chômeurs. Pour être remboursé, l'assuré doit désigner un médecin de famille ou un médecin généraliste pour les services médicaux généraux. À défaut, l'inscription à l'assurance maladie est nulle. Certains soins nécessitent d'être financés en partie par le patient. Les médicaments sont listés sous trois catégories pour le remboursement : catégorie A : prise en charge par la CNAS à 90 %, catégorie B : prise en charge à 50 % par la CNAS, catégorie C : prise en charge à 100 % par le CNAS. Les services médicaux dispensés par la CNAS regroupent les soins de santé chez les généralistes et les spécialistes, les soins en ambulatoire, l'hospitalisation, les médicaments, les appareils, la rééducation, l'assistance médicale préventive, les soins dispensés pendant la maternité, le transport de malades et d'autres services médicaux. L'hospitalisation est prise en charge à 100 % si celle-ci a été prescrite par le médecin traitant ou le spécialiste, ou en cas d'urgence. (20)

Les médecins généralistes ont le droit de travailler « en libéral » après avoir signé un contrat avec la CNAS. Pour pouvoir signer ce contrat, le médecin généraliste doit avoir une liste des patients qui souhaitent l'avoir comme médecin traitant. En ville, le nombre minimum

des patients inscrits sur cette liste est de 1000. Le médecin est aussi obligé par la loi d'avoir autant qu'employés à son cabinet une infirmière et une femme de ménage. La loi exige aussi un minimum d'heures de travail par jour, au cabinet et au domicile du patient. Chaque acte médical, chaque ordonnance, chaque certificat médical et toute autre acte entrepris par le médecin généraliste libéral est coté par des points qui sont déclarés à la CNAS. A la fin du mois, c'est la CNAS qui verse un salaire au médecin, en fonction des points qu'il a cumulé. De ce salaire, le médecin doit assurer les charges de son cabinet et payer les salaires de ses employés. (21)

Les médecins généralistes ont un outil de travail qui est le SIUI (Système Informatique Unique Intégré). C'est un logiciel national, imposé à tous les médecins par la CNAS dans le but d'une bonne centralisation de toutes les données administratives, médicales et pharmaceutiques de chaque patient. Cet outil est censé aider à offrir des soins de qualité et aussi à aligner le système de santé roumain aux systèmes de santé européens. (22)

#### 4.2.3. Les résultats

##### 1) *Qu'est-ce que représente pour vous le burnout professionnel ou l'épuisement professionnel ?*

<p><b>Etat ou symptômes proches de la dépression</b> 5/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nervosité : MGR5</li> <li>- Asthénie physique et psychique : MGR5</li> <li>- Etat de fatigue : MGR8, MGR10</li> <li>- Epuisement professionnel physique et psychique : MGR8, MGR3</li> <li>- Perte de l'envie, perte de l'élan (« on ne veut et on ne peut plus rien faire ») : MGR9</li> </ul>
<p><b>Conséquences</b> 1/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise de conscience d'une « maladie » qui l'amène à consulter un confrère : MGR1</li> </ul>
<p><b>Causes</b> 8/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de la maison-&gt;isolement affectif : MGR1</li> <li>- Charge de travail/Excès de travail/ Heures supplémentaires-&gt; augmentation de la quantité de travail : MGR1, MGR 3</li> <li>- Exigence de patients : MGR3</li> <li>- Sur sollicitation physique et psychique au travail : MGR4, MGR10</li> <li>- Révolte contre le système actuel : MGR5</li> <li>- Stress en rapport avec l'excès de responsabilités : MGR6, MGR7</li> <li>- Attachement/lien au patient : MGR8</li> </ul>
<p><b>Parle des difficultés mais pas de burnout</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MGR2</li> </ul>

**5/10 MGR définissent le burnout comme des symptômes ou état proche de la dépression.** Ils le décrivent comme une perte de l'envie et de l'élan, une nervosité, un état de fatigue, une asthénie et un épuisement physique et psychique.

**1/10 MGR définit le burnout dans ses conséquences.** On note chez elle la prise de conscience d'une « maladie » qui l'amène à consulter un confrère.

**8/10 MGR définissent le burnout dans ses causes.** Parmi les causes évoquées on note la charge de travail, la sollicitation physique et psychique au travail, l'excès de responsabilités, les exigences de patients, le lien affectif avec les patients, l'absence de la maison et aussi la révolte contre le système actuel.

MGR1 : « Ça signifie beaucoup des choses. Des heures supplémentaires, absence de la maison... et un moment donné, aller chez d'autres confrères pour se soigner. »

MGR3 : « C'est vrai que de fois on ressent cet épuisement. Une première chose, le fait qu'on est peu nombreux pour un nombre important des patients ... Beaucoup des patients difficiles. Un patient malade a son tempérament, ses difficultés, ses attentes »

MGR4 : « Une supra sollicitation psychique et physique à l'endroit du travail. »

MGR5 : « Un état de nervosité, une asthénie physique et psychique, même musculaire. Ensuite plusieurs choses, surtout la révolte contre le système actuel. »

MGR6 : « ...car nous avons un métier avec **beaucoup de responsabilité** et nous sommes stressé par des soucis et des problèmes. Et donc ça devient un **stress permanent**. »

MGR7 : « Le stress professionnel, le stress de tous les jours au travail. »

MGR8 : « Un épuisement professionnel. C'est comme ça que je vois ça, comme un épuisement physique et psychique, donc une combustion jusqu'au-delà de ta capacité d'exister même... Et peut-être c'est aussi très en lien avec l'attachement qui existe entre le médecin de famille et son patient. (...) Un état de fatigue si grand... »

MGR9 : « Un état dans lequel **on ne veut plus rien faire, on ne peut plus rien faire** et... on ne veut plus rien faire. »

MGR10 : « ... je pense que c'est une sur sollicitation psychique par un nombre trop élevé des consultations dans peu de temps... peut-être trop de paperasse ... et là, tu es fatigué. »

2) Vous êtes-vous déjà retrouvé en situation de difficulté professionnelle, proche de ce que pourrait être un burnout ?

OUI : 7/10	NON : 3/10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epuisement/fatigue : MGR1, MGR9</li> <li>- TSV (tachycardie supra ventriculaire) rapporté à un excès de travail : MGR1</li> <li>- Conséquences : éducation des patients/ organisation du travail sur RDV : MGR3</li> <li>- Infarctus lié au stress au travail et les rapports de financement : MGR4</li> <li>- Frustration de ne pas pouvoir aider les patients (vieillesse de la patientèle, diagnostics lourdes, manque de moyens) : MGR6</li> <li>- Le système de santé : MGR7</li> <li>- MGR5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un bon emploi du temps/ bonne organisation : MGR2</li> <li>- Déléguer : MGR2</li> <li>- Epuisement physique oui mais pas psychique : MGR8</li> <li>- MGR10 (fait la différence entre difficulté et burnout)</li> </ul>

**7/10 MGR ont vécu des situations proches de ce que pourrait être un burnout.** Certains MGR se sont tellement investis dans leur travail que leur santé a été affecté (infarctus, tachycardie supra ventriculaire). Pour d'autres les situations de difficulté professionnelle sont liées à la fatigue, à la frustration de ne pas pouvoir aider les patients, au système de santé.

**MGR10** va nous confier avoir vécu des situations difficiles mais va faire la différence entre difficulté et burnout.

2/10 MGR ont trouvé des moyens pour ne pas vivre des situations similaires au burnout.

MGR1 : « Et **suite à l'épuisement**, oui, oui, j'ai fait une **TPSV (tachycardie paroxystique supra ventriculaire)** et à ce moment-là, j'ai renoncé. (...) »

MGR9 : « De fois oui, **oui. Mais très rarement.** J'ai un sort d'éducation que chez moi ça n'existe pas de dire que je suis fatiguée, que je ne peux plus. Et donc, **même si je suis fatiguée je vais avancer quand même.** Je ne vais pas m'arrêter pour me poser des questions pour voir pourquoi je suis fatiguée. »

MGR3 : « **Oui, bien sûr.** Il n'y a pas de médecin qui n'aurait vécu des situations. Mais quand c'est quotidien, là c'est la maladie. (...) chez nous **c'est très important comment on arrive à organiser notre travail et à « subordonner » les patients pour qu'ils t'écoutent, qu'ils te respectent.** »

MGR4 : « **Oui, en 2000, quand j'ai fait un infarctus. Le stress était au taquet.** Je fumais 2 paquets cigarettes par jour, je buvais du café au moins un litre et demi sur une journée. (...) C'était surtout à cause de **la manière dans laquelle on nous demandé de faire les rapports (les relevés de travail).** Ça changeait tous les jours... »

MGR6 : « Et en ce moment le nombre des patients est limité à ce que je peux me permettre de suivre. Car **je suis très sollicitée.** (...) **Je dois courrier les voir chez eux, je n'ai pas d'autre solution...** »

MGR7 : « Des situations difficiles du point de vue médical, oui, il y en a. Mais les plus importantes sont **les situations en lien avec le système.** »

MGR2 : « Non. Non. J'ai déjà dit que tout dépend de chaque médecin comment il sait organiser son emploi du temps. (...) ça dépend comment chacun sait s'organiser... »

MGR8 : « **Ça m'arrive de sentir que je suis très fatiguée physiquement mais pas psychiquement.** Donc je ne me sens pas à la limite pour dire c'est fini je n'en peux plus. »

MGR10 : « Non. Situation difficile oui mais pas en situation de burnout. »

3) *Avez-vous déjà ressenti un épuisement en lien avec votre profession de médecin ?*

<b>OUI : 9/10</b>	<b>NON : 1/10</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'identification aux patients/ pas de barrière/annonce des pathologies graves : MGR1, MGR3, MGR5, MGR8, MGR9, MGR10</li> <li>- Réactionnel par rapport à un évènement personnel : MGR4</li> <li>- Surcharge de travail, gardes qui vont entraîner une fatigue : MGR4, MGR7, MGR10</li> <li>- Exigences des patients : MGR5</li> <li>- Sentiment d'être démuni face à certaines pathologies/ pas de soutien par l'hôpital : MGR5, MGR8</li> <li>- Problème de la succession : MGR6</li> <li>- Pression du au système : MGR10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fait part entre le travail professionnel et le domicile où il se ressource par un travail physique : MGR2</li> </ul>

**9/10 MGR ont senti un épuisement en lien avec leur profession de médecin.** L'épuisement émotionnel ressenti a été pour 6/10 MGR du au lien affectif qu'ils ont avec leurs patients. Pour 3/10 MGR la surcharge de travail est la cause d'un épuisement émotionnel. D'autres causes évoquées par les MGR sont les exigences des patients, le

sentiment d'être démuné face à certaines pathologies, le problème de la succession, la pression du système de santé.

MGR1 : « **Je prenais sur moi tous les problèmes des patients.** Mais j'ai réussi à dépasser ce problème. J'étais au début de carrière est c'était beaucoup plus difficile... »

MGR3 : « Surtout avec les cas graves, quand on sait qu'il n'y a plus de chance et il faut... quoi dire ? »

MGR5 : « Oui. Dans la situation quand j'ai vu un patient gravement malade, les nouvelles concernant certaines maladies dont j'avais l'espoir que ça allait évoluer, les exigences des patients qui sont de plus en plus importantes et sans raison... »

MGR8 : « ... car c'est **des situations** ponctuelles **en général en lien avec des patients qui sont sur ta liste depuis des années**, que tu connais très bien, que tu connais la famille, que tu es peut-être même en lien d'amitié et alors quand il y a eu **des situations avec des diagnostics graves**, bien sûr que **je me suis retrouvée** dans un état pas forcément d'épuisement émotionnel mais **un état émotionnel très accentué.** »

MGR9 : « Oui. Oui. Très souvent. Souvent en lien avec des décès, décès chez les enfants, je suis très touchée. Et aussi en cas des décès des personnes que je connaissais mieux... Ça me touche beaucoup même au jour d'aujourd'hui. Car je pense toujours comment j'aurais pu faire, oui ça me touche. »

MGR4 : « **J'ai ressenti ça quand mon fils aîné c'est brulé.** (...) Je remplaçais les collègues pour gagner de l'argent. Un moment donné **j'étais de garde aux urgences un jour sur deux.** Il n'y a pas assez des médecins pour faire les gardes. Du coup c'était moi et **un autre collègue qui le pauvre est décédé. Il a sauté d'un train. Je pense qu'il était trop chargé** et qu'il n'a pas supporté, je le voyais très agité... Après j'ai arrêté. »

MGR7 : « L'épuisement...l'état d'épuisement est assez fréquent pendant les jours avec des nombreuses consultations. »

MGR6 : « J'ai 66 ans, bientôt 67 ans. J'aurais pu arrêter longtemps avant. Mais, comme **je suis la fille du quartier, j'ai essayé d'aider les gens que je connais.** Car **on ne sait pas ce que le futur apporte.** Et je sais que personne ne mettra autant de cœur pour les soigner comment je l'ai fait. Et **les jeunes médecins n'ont plus la même patience.** »

MGR10 : « De fois je suis très fatigué psychiquement d'avoir eu trop des cas particuliers ou d'avoir eu trop des consultations sur la journée... aussi l'inconfort donnait par le système. Il y a des situations émotionnelles quand je vais sentir la fatigue. »

MGR2 : « **Non. Non. Pas d'épuisement à mon lieu de travail.** (...) **je rentre chez moi** et j'ai le besoin de faire complètement autre chose, qu'on me fiche la paix car je ne peux plus rien faire. Donc **je vais mieux aller couper le bois, faire un travail physique car je ne suis plus capable d'un travail intellectuel.** »

4) Avez-vous le sentiment d'avoir déjà travaillé sur un mode « déshumanisé », par exemple à la fin d'une longue journée de travail ?

OUI : 3/10	NON : 4/10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déshumanisation du mode de travail par l'excès de travail : MGR1</li> <li>- Déshumanisation du travail par la manque de reconnaissance, par le régime politique : MGR3</li> <li>- Comme un robot : MGR10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transpose le « déshumanisé » à l'idée du respect du médecin/ témoigne d'un manque de reconnaissance par certains patients : MGR2</li> <li>- Car plus des satisfactions : MGR8</li> <li>- Incompréhension du mot « déshumanisé » : MGR5, MGR6</li> <li>- MGR4, MGR7, MGR9</li> </ul>

**3/10 MGR ont le sentiment d'avoir déjà travaillé sur un mode « déshumanisé ».** Ils évoquent comme cause l'excès de travail et la manque de reconnaissance. 1/10 MGR affirme avoir déjà travaillé « comme un robot ».

3/10 MGR semblent ne pas avoir bien compris le terme de « travail sur un mode déshumanisé ».

4/10 MGR disent ne pas avoir travaillé sur un mode « déshumanisé ».

MGR1 : « **Oui.** Ça m'arrive encore car nous faisons beaucoup de route en travaillant à droite à gauche et ça fait beaucoup de temps d'absence chez soi. Il ne s'agit pas de 24 heures. **Il s'agit de 30 à 32 heures pendant lesquelles on ne rentre pas chez soi...** »

MGR3 : « Déshumanisé, oui. J'ai assez d'expérience et **j'ai travaillé dans les deux régimes. Ils se sont tous moqué de nous.** La société est ainsi (...) »

MGR10 : « Oui, des fois je sens que j'ai travaillé comme un robot... »

MGR8 : « **Je n'ai jamais senti que je travaillais au-delà de mes limites** et je n'ai pas eu non plus l'impression que la sollicitation professionnelle est déshumanisante. (...) Ça ne m'a jamais fatigué. Et **peut-être aussi parce que j'ai eu des satisfactions.** Je pense aussi que c'est très important la relation qu'on a avec nos patients : respect, respect social et professionnel. Et ça c'est réciproque et de là **on a la satisfaction et on n'arrive pas à l'impression qu'on est un sort de robot...** »

5) Si « oui », cela a-t-il été jusqu'à remettre en question vos compétences, « vous ressentir mauvais » ?

OUI : 8/10	NON : 2/10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail aux urgences pour des raisons financières mais pas la formation/ mise en question des compétences : MGR1</li> <li>- Remise en cause/ en question personnelle =&gt; autoformation : MGR2, MGR3, MGR5, MGR8, MGR10</li> <li>- Formation continue : MGR6</li> <li>- MGR9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MGR4</li> <li>- N'a pas fait le lien sur la perte des capacités : MGR7</li> </ul>

**8/10 MGR vont se remettre en question concernant leur compétences.** La plupart d'entre eux vont participer à des formations continues.

MGR1 : « Malheureusement **oui**. Ça m'est arrivé quand **je travaillais aux urgences** car la pathologie était très complexe et **je n'avais pas de compétence en médecine des urgences**, seulement en médecine générale. C'était à ce moment-là que je me suis posé des questions comme ça. (...) »

MGR2 : « Oui. Oui. De te poser des questions par rapport à certaines maladies, certains traitements, de me demander si je suis capable de les pratiquer ou si je suis capable de dépister certaines maladies. Et là où j'ai oublié ou je n'ai pas bien appris, j'ai révisé. »

MGR3 : « **Il y a toujours un doute** : si je faisais comme ça, si c'était mieux autrement, si c'était mieux de l'envoyer. Le doute existe toujours. »

MGR5 : « Oui. Tous les jours je me remets en question. »

MGR8 : « Je me suis retrouvée plusieurs fois dans cette situation. Pas forcément me sentir un mauvais médecin mais j'ai eu des situations où j'ai eu l'impression que j'aurais dû savoir plus ou que ça aurait été bien d'avoir encore plus des connaissances pour que je puisse répondre d'une manière professionnelle à certaines demandes de la part du patient... »

MGR10 : « Oui, de fois **je me pose la question**. Et c'est bien car **ça me pousse à prendre un livre et lire**. Si on pense qu'on est trop bon on peut se tromper. »

MGR6 : « Le problème est qu'on doit étudier en permanence. Et même maintenant je suis un cours d'éducation médicale à distance. (...) Et j'ai aussi appris des cours sur internet, aussi sur l'éducation. Et je participe à des conférences et des congrès et j'ai toujours essayé d'être à jour avec les nouveautés. (...) »

6) *Est-ce-que suite à des diverses situations difficiles y-a-t-il eu un changement de stratégie dans votre pratique, une nouvelle façon de travailler ?*

OUI : 7/10	NON : 3/10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imposer une médecine réflexive aux patients/ adaptabilité de la réponse : MGR1, MGR3</li> <li>- Se met moins la pression suite à un problème de santé personnel : MGR4</li> <li>- Assez hors sujet, parle d'une pratique radicale au niveau du traitement : MGR7</li> <li>- Le système sécu (changement global pour tous les MG) : MGR8</li> <li>- Changement du lieu de travail : MGR9</li> <li>- Formation : MGR9</li> <li>- Travail sur RDV : MGR10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MGR2, MGR5</li> <li>- N'a pas les moyens de changer quelque chose : MGR6</li> </ul>

**7/10 MGR ont trouvé des nouvelles stratégies de travail suite à des situations difficiles vécues au travail.** Nous comptons le travail sur RDV, la formation continue, le changement du lieu de travail, l'éducation des patients dans une médecine réflexive.

1/10 MGR considère ne pas avoir les moyens de pouvoir changer quelque chose.

MGR1 : « en gros c'est ça le changement. De **ne pas se laisser attraper par les exigences des patients** seulement parce qu'ils veulent ça. »

MGR3 : « Je veux dire, **on fait une erreur, on ne persiste pas dans l'erreur** par exemple. Je n'ai jamais fait des grosses erreurs mais il n'y a pas de médecin qui ne fait pas, par omission, c'est impossible de ne pas faire des petites erreurs, impossible. **Si tu vois qu'un médicament ne convient pas au patient tu vas lui donner un autre.** Tu vas réfléchir. Il faut analyser. »

MGR4 : « Depuis l'infarctus je suis devenu plus calme, plus optimiste mais si non, non. Je reste le même. Je fais des blagues, il n'y a pas de souci. »

MGR7 : « j'ai eu les cas des enfants où j'ai donné des traitements qui ont été assez brutales, fortes, et donc il a fallu reconsidérer mon traitement, j'ai demandé que l'enfant revienne, je l'ai réévalué »

MGR8 : « Les changements pour nous sont aussi liés au fait que nous avons travaillé dans deux systèmes différents. J'ai vécu le système avant et le système après la Caisse d'Assurance (...) »

MGR9 : « J'ai changé l'endroit de travail, au moins deux fois et j'ai fait des formations en plus. »

MGR10 : « J'ai essayé d'alléger mon activité, **de mettre en place les rendez-vous** et de suivre les changements... »

MGR6 : « Je n'ai pas eu les moyens, je n'ai pas pu. (...) »

7) *Est-ce-que l'installation a représenté ou représente encore pour vous un facteur de stress ? (La crainte de ne pas avoir assez de patients ou les éventuelles contraintes financières...)*

OUI : 6/10	NON : 4/10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angoisse/ argent (côté financier) : MGR2, MGR3, MGR8</li> <li>- Stress/temps organisationnel de l'administratif : MGR3, MGR7, MGR10</li> <li>- La comptabilité/ la gestion : MGR6, MGR7, MGR8, MGR10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'installation, un point positif : MGR1, MGR5</li> <li>- MGR4, MGR9</li> </ul>

Pour 6/10 MGR le fait d'être installé représente un facteur de stress. Ils vivent une angoisse du point de vue financier et administratif.

**Pour 4/10 MGR l'installation n'est pas un facteur de stress** et pour deux d'entre eux, l'installation est un point positif.

MGR2 : « Oui, car **on a beaucoup plus des choses à y penser**. On se demande « aurai-je assez d'argent pour payer toutes mes charges à la fin du mois ? Je pourrai encore le faire le mois suivant ? » Oui, bien sûr, **car c'est ton cabinet, on ne peut pas attendre quelqu'un d'autre payer nos charges...** »

MGR8 : « **Le stress est matériel**, pas d'autre nature. Et il a aussi autre chose. Nous avons aussi nos propres employés qu'on paye de cet argent qu'on reçoit de la Caisse. »

MGR7 : « Un grand facteur de stress. Car moitié de m'a tête n'est pas à la médecine. C'est plus tôt dans **la partie comptabilité, la partie impôts, taxes et d'autres choses du genre**. Oui, c'est un facteur de stress. »

MGR6 : « Donc de faire **la comptabilité c'est aussi un problème**. Et au moins si la législation était stable. Mais **de connaître à chaque instant quand le code fiscal a changé**, quand le salaire(SMIC) a changé, quand ça ou ça a changé, **ça me demande un effort de m'adapter tout le temps** aux changements... »

MGR10 : « avoir un cabinet c'est un stress... **d'être patron** (...) Oui, **le côté administratif** est un stress. On n'a pas été formé pour ça. Etre médecin ne signifie pas être aussi patron. »

MGR1 : « Non, ce n'est pas un facteur de stress. Même, depuis que j'ai le cabinet, je suis plus relaxée, plus détendue. J'ai la certitude du lendemain. »

MGR5 : « Non. C'est mieux. »

8) *Est-ce-que vos conditions actuelles de travail peuvent être pour vous un facteur de stress chronique ? (Les horaires de travail, le système informatique...)*

OUI : 6/10	NON : 4/10
<ul style="list-style-type: none"><li>- Problème de logiciel de santé : MGR3, MGR5, MGR7</li><li>- Le stress créé par les urgences : MGR3</li><li>- Le problème financier : MGR4</li><li>- Les limites de son action thérapeutique : MGR6</li><li>- La place du MG par rapport au médecin hospitalier : MGR7</li><li>- Adaptabilité au patient peu éduqué : MGR8</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bonnes conditions de travail/ maîtrise du lieu et des conditions de travail : MGR1, MGR10</li><li>- MGR2, MGR9</li></ul>

**Pour 6/10 MGR leurs conditions actuelles de travail peuvent être un facteur de stress.** Ils évoquent le problème créé par leur logiciel de santé, le stress créé par les urgences, le problème financier, les limites de leurs actions thérapeutiques et le fait de devoir s'adapter au patient peu éduqué.

Pour 4/10 MGR les conditions actuelles de travail ne sont pas un facteur de stress.

MGR3 : « J'ai aussi un logiciel qui m'aide. Je paye pour ça. Ce n'est pas le SIUI qui fait que de nous compliquer la vie (...) J'ai eu des cas. Des urgences. Ils n'ont rien à faire chez moi. Et eux ils disent que c'est pour moi. »

MGR5 : « **L'actuel logiciel. Nous avons un logiciel très compliqué.** Nous avons beaucoup des problèmes. Ça nous ralentit dans notre travail. Ça nous met même des rendez-vous avec l'heure et la minute exactes et après il y a des blocages et il faut attendre pour que ça se débloque. »

MGR7 : « Oui. Le fait que le système informatique ne marche pas toujours, qu'il y a des blocages. (...) Le fait qu'il n'y a pas assez de cohérence entre nous et les médecins hospitaliers. »

MGR4 : « Pourquoi stresser ? Qu'on ne soit pas payé ? ça ne sert à rien. »

MGR6 : « J'ai des patients âgés. (...) il n'y a pas beaucoup des solutions pour les aider. Et alors c'est compliqué... »

MGR8 : « ... c'est donc plus difficile de travailler avec des gens qui viennent des catégories sociales inférieures avec moins d'éducation... »

MGR1 : « Non, ce n'est pas un facteur de stress car les conditions de travail au cabinet je les fais moi-même... »

MGR10 : « Je ne les considère pas un facteur de stress. J'ai créé mes conditions de travail et je me sens bien dans mon cabinet. »

9) *Est-ce-que vous vous sentez en sécurité à votre travail ?*

OUI : 6/10	NON : 4/10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Paix et harmonie » : MGR1</li> <li>- MGR2, MGR4, MGR5, MGR9, MGR10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas toujours, à cause de difficultés avec la Caisse : MGR3</li> <li>- Logiciel médical problématique : MGR6</li> <li>- Limité à 20 consultations/jour : MGR6</li> <li>- Agressions verbales : MGR7, MGR8</li> </ul>

**4/10 MGR peuvent ne pas se sentir en sécurité à leur travail.** Pour certains il s'agit des difficultés avec la Caisse ou des problèmes avec le fonctionnement du logiciel médical. Pour d'autres il s'agit des situations d'agression verbale vécues.

MGR1 : « Au cabinet c'est la **paix et l'harmonie.** »

MGR6 : « **Non, car je dépends de la technologie.** Et le SIUI avec lequel je travaille, car je travaille avec le programme qui a été donné officiellement par la Caisse, fait souvent des erreurs à cause du server. (...) »

MGR7 : « J'ai vécu des situations quand j'ai été brutalisée. Verbalement, pas autrement, mais verbalement oui. »

MGR8 : « Non, car **mon cabinet médical est ouvert à toute le monde.** N'importe qui de la rue peut rentrer. Nous ne pouvons pas avoir un gardien car on ne peut pas le payer. Et **je veux dire que j'ai vécu des situations limite.** (...) »

10) *Est-ce- que les institutions en lien professionnel sont source de stress ? La CNAS, le Ministère de Santé ?*

OUI : 8/10	NON : 2/10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'institution verse les salaires/ centré sur la rémunération et le côté aléatoire des revenus : MGR1, MGR2, MGR3</li> <li>- Ressent l'injustice dans la rémunération en fonction de la formation et la pratique : MGR2, MGR3</li> <li>- MGR5, MGR7, MGR10</li> <li>- Problème de demandes hors fonction de médecin (quête d'information administrative concernant les patients) : MGR6</li> <li>- Contrôle administratif : MGR9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mais notion de contrôle/de pénalités : MGR4</li> <li>- Société professionnelle qui défend la profession : MGR8</li> </ul>

**Pour 8/10 MGR les institutions en lien professionnel sont une source de stress.** Pour 3/10 MGR le problème principal en rapport avec les institutions est centré sur la rémunération et le côté aléatoire des revenus. Pour d'autres c'est le contrôle administratif et les demandes hors fonction de médecin. 3/10 MGR ont juste confirmé le fait que les institutions peuvent être un facteur de stress sans donner d'exemple.

**Pour 2/10 MGR les institutions en lien professionnel ne sont pas une source de stress** mais ils nous parlent d'une notion de contrôle avec pénalités de la part des institutions ainsi que de l'existence d'une Société professionnelle qui défend la profession de médecin.

MGR1 : « **Ah oui. Toujours. Il y a toujours quelque chose qu'on ne fait pas bien.** (...) Ils ont certaines exigences qu'eux même ne savent pas de quoi il s'agit. (...) **Ils nous payent. L'argent ne rentre pas,** ou ça rentre trop tôt, ou seulement partiel. »

MGR2 : « ... on me fait me sentir discriminé dans mon propre pays, parmi mes propres collègues médecins. Le fait que je me sens discriminé c'est un facteur de stress. »

MGR3 : « Oui. Un très grand stress. Et pas vraiment la Caisse mais la Cour de Comptes. (...) Quand je suis venu en ville il a fallu passer des examens pour avoir le droit d'y exercer... »

MGR6 : « Ils considèrent qu'ils ne nous stressent pas. Mais au début, le temps que le système se met à jour... on devait savoir qui étaient les femmes co-assurées. C'était à nous de leur faire le certificat de co-assurée, on recevait la liste pour voir où était tel ou untel... »

MGR9 : « Oui. Oui. Ça te donne envie de les tuer. Tous ceux qui n'ont pas été capables de faire la médecine sont arrivés sur ces postes. Et ils ont des postes de chefs. (...) Et **c'est eux qui nous contrôlent, qui nous vérifient. Et ils vérifient absolument tout sauf l'acte médical.**

MGR4 : « Non. **Non. Ils viennent contrôler. Je les laisse faire.** Ils te disent que t'as fait des erreurs et qu'il faut te pénaliser... »

MGR8 : « Peut-être depuis environ 2 ans il y a quelques signes de mieux mais pas parce qu'ils sont devenus plus sympa, non. C'est parce que **nous avons appris à nous organiser mieux dans des sociétés professionnelles,** nous avons choisi des représentants qui savent faire le travail dans cette société professionnelle... »

11) *Votre vie personnelle joue-t-elle sur votre stress au travail et inversement, quel lien faites-vous entre la vie personnelle et le stress au travail ?*

OUI : 3/10	NON : 7/10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quand on travaille avec passion : MGR5</li> <li>- Vie personnelle sacrifiée : MGR6</li> <li>- MGR9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de lien entre le stress au travail et la vie personnelle/ Fait la part des choses. Dichotomie : MGR1, MGR3, MGR4, MGR8</li> <li>- La famille, source d'apaisement : MGR2</li> <li>- MGR7</li> <li>- Uniquement le stress professionnel affecte la vie personnelle : MGR10</li> </ul>

Pour 3/10 MGR il y a un lien entre la vie personnelle et le stress au travail. 1/10 MGR nous confie même avoir sacrifié sa vie personnelle pour son travail.

**Pour 7/10 MGR il n'y a pas de lien entre la vie personnelle et le stress au travail.** 4/10 MGR ont bien fait la part entre les deux. Pour 1/10 MGR la famille est source d'apaisement.

MGR5 : « Oui, ça va ensemble. On ne peut pas faire la différence. (...) si on a un métier dans le cœur et on l'a fait avec passion forcément il y aura aussi une influence quand on est chez soi, on y pense. »

MGR6 : « Donc, j'ai sacrifié ma vie personnelle pour donner du temps à ma vie professionnelle. Je n'ai pas de vie personnelle. »

MGR1 : « Non, pas du tout. Il n'y a pas de lien. J'ai réussi les séparer et ils n'ont pas de lien »

MGR2 : « **Non. La vie personnelle c'est le lieu où on recharge ses piles, c'est l'endroit où on se débarrasse du stress et on retrouve la tranquillité et la compréhension.** »

MGR3 : « Bien sûr que ça peut arriver. Mais **du moment quand je rentre ici je n'y pense plus.** »

MGR4 : « **Non. Non. Moi d'habitude, je fais bien la part des choses.** Les problèmes de la maison je les laisse à la porte du cabinet et les problèmes du cabinet je les laisse à la porte de la maison. Ça ne se mélange pas. »

MGR8 : « Pour moi la réponse est très simple car **je n'ai jamais mélangé la vie personnelle et le travail.** Jamais. »

MGR10 : « Non, la vie personnelle non. Peut-être inversement. Le stress du cabinet peut influencer la vie personnelle. »

12) *Est-ce-que l'excès d'engagement dans votre travail pourrait pour vous entrainer un épuisement professionnel ?*

OUI : 6/10	NON : 4/10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Par manque de reconnaissance professionnelle/ vécu d'injustice : MGR2</li> <li>- MGR3, MGR5, MGR8</li> <li>- Désabusée/soi-même : MGR6</li> <li>- Mais gère ses limites : MGR10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MGR1</li> <li>- En priorisant les urgences : MGR4</li> <li>- Pas de garde : MGR7, MGR9</li> </ul>

Pour 6/10 MGR un excès d'engagement dans leur travail pourrait entrainer un épuisement professionnel.

4/10 MGR évitent l'excès d'engagement dans leur travail.

MGR2 : « Oui. Oui. Mais comment puisse je m'impliquer encore plus quand de toute façon je ne suis pas apprécié et reconnu pour mon travail, je ne suis pas payé pour ce que je fais ? »

MGR6 : « **Oui. Mais vu l'âge que j'ai ça n'a plus d'importance.** Le problème c'est les jeunes. Moi à mon âge... »

MGR10 : « Oui, un excès d'engagement ça peut entrainer... mais j'essaie de ne pas trop m'impliquer. J'essaie de m'arrêter à temps... »

MGR4 : « **C'est possible mais non. Je ne stresse plus.** (...) Ce n'est pas une urgence donc ça peut attendre. »

MGR7 : « Je parlerais d'excès si je devais faire des consultations aussi dans les Centres de Permanence. Mais comme ça, maintenant, non. »

MGR9 : « Peut-être ceux qui ne dorment pas car ils font des gardes, ils doivent se retrouver dans une situation comme ça. **Je ne fais plus de gardes. Non.** »

13) Avez-vous mis en place des stratégies pour limiter les facteurs de stress ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

OUI : 9/10	NON : 1/10
<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Détachement » entre le travail et la vie personnelle : MGR1, MGR5</li> <li>- Possibilité de « choisir » ses patients/ Refus de nouveau patient : MGR1, MGR2</li> <li>- L'humour, la patience : MGR3, MGR4</li> <li>- Les RDV : MGR5</li> <li>- Education thérapeutique à ses patients : MGR6</li> <li>- Non implication émotionnelle/ Barrière dans l'implication auprès du patient : MGR7, MGR8</li> <li>- Vacances : MGR8</li> <li>- Stratégies d'évasion, de relaxation après le travail : MGR9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persistance du stress : MGR10</li> </ul>

**9/10 MGR ont mis en place des stratégies pour limiter les facteurs du stress.** Ils nous parlent de la mise en place des RDV, des vacances, d'un détachement entre le travail et la vie personnelle, du refus des nouveaux patients, de la patience et l'humour dans leur travail, d'une barrière dans l'implication auprès du patient et des stratégies de relaxation après le travail.

MGR1 : « Oui, oui. **Je me détache. Quand je suis au cabinet (...) Ma vie personnelle n'existe plus.** (...) au cabinet c'est tranquille, **j'ai choisi mes patients**, car on a le droit de choisir ses patients. »

MGR5 : « Oui. Avec le temps on se crée aussi des stratégies. Actuellement c'est le logiciel qui programme aussi **des rendez-vous**. Ensuite **j'essaie de me détacher...** »

MGR2 : « Oui. Une des stratégies est de **ne plus prendre de nouveau patient.** »

MGR3 : « Oui, **je rigole un peu avec les patients**. Comme ça on arrive à se détresser tous les deux... »

MGR4 : « Oui, **je suis calme**. Je m'impose ça. Il te faut de la volonté. **Je me dis de faire tout avec le calme.** »

MGR6 : « C'est aussi mon défaut car j'ai été trop proche de mes patients. Ils sont arrivés aussi à un certain âge car j'ai eu la patience de leur expliquer dans leur intérêt ce qui est bien de faire. »

MGR7 : « Oui. **J'essaie de ne plus m'impliquer de trop émotionnellement.** C'est ça. Et de faire dans mon travail juste le nécessaire... »

MGR8 : « Oui, oui, on se crée **une barrière de protection...** Après il y a aussi **les vacances** de temps en temps pour nous détendre »

MGR9 : « Oui. Quand je rentre à la maison je vais faire autre chose. »

MGR10 : « **Non**, je ne pense pas avoir trouvé car **je stresse toujours...** »

## 5. DISCUSSION

### 5.1. Discussion sur les réponses des médecins généralistes français

#### 5.1.1. *Le burnout en général*

En cherchant à connaître, à travers une question générique, ce à quoi le burnout fait référence dans l'esprit des médecins généralistes français (MGF) interviewés, nous notons que la notion de burnout est bien connue et que les définitions données par ceux-ci se retrouvent parmi les définitions rencontrées dans la littérature, même partielle elle se rattache à un état proche de la dépression.

La notion de « **ras-le-bol** » utilisée par trois de nos MGF pour définir le burnout, est retrouvée chez Philippe Zawieja qui l'utilise parmi d'autres expressions pour définir le **désengagement envers le travail**. Dans son tableau numéro 1, symptomatologie du burnout, du livre « Le Burn out », on retrouve le « ras-le-bol » au même niveau que le **désillusionnement, la réticence et la disposition négative à l'égard du travail**. (23) Michel Delbrouck, en parlant du « médecin candidat au burn-out », dira « Il devient peu à peu frustré par les réponses inadéquates, par l'importance des attentes parfois démesurées qu'il a lui-même en partie suscitées ou favorisées et une **apathie s'installe**. » (5) Comme MGF8 qui parle de « **fatigue morale** ».

Certains MGF nous décrivent le burnout comme un épuisement psychologique, émotionnel et physique, une fatigue morale ou bien **une perte de l'envie, de l'élan, de motivation**. Et nous retrouvons bien ces caractéristiques chez Michel Delbrouck qui dira « ne recevant que peu de retours ou moins de retours, qu'il n'en espère au regard de son investissement, il s'épuise, stagne et apparaissent **de l'ennui et de la distraction**. » (5) Pierre Canouï, en décrivant les signes cliniques du burnout, parlera « d'une fatigue, de troubles du caractère comme **une irritabilité, une sensibilité à la frustration, une labilité émotionnelle inhabituelle** indiquant une surcharge émotionnelle... ». (7) Il est à noter que 3 MGF parlent d'un surcroît d'irritabilité personnelle ...

Bien d'autres MGF nous décrivent le burnout comme un épuisement émotionnel mais sans utiliser le terme d'épuisement. Ils vont plutôt dire « on n'arrive plus à... » ou le burnout sera « ne pas pouvoir assumer ma fonction de médecin soignant » ou bien « une envie de rien faire...de tout abandonner. » Ils vont nous parler d'un état de surmenage, de difficultés à se concentrer, à écouter les autres ou bien d'une irritabilité. Et dans l'article « Epuisement professionnel chez les médecins généralistes » publié dans La Presse Médicale en 2004, on retrouve que « L'épuisement émotionnel s'exprime par le **sentiment d'être vidé de son énergie** et d'être incapable de se « donner », psychologiquement à l'autre ». (24) Michel Delbrouck, en décrivant l'épuisement émotionnel, dira que « le soignant présente des crises d'énervement et de colère et certaines difficultés d'ordre cognitif comme de la distraction et des difficultés à se concentrer. » (5)

Dans le même article de la Presse Médicale, on retrouve que « La « dépersonnalisation » correspond en fait à une **déshumanisation de la relation à l'autre** : c'est une fonction défensive vis-à-vis de l'épuisement professionnel comportant détachement

et cynisme. » (24) Et nous allons retrouver la même notion chez nos MGF interviewés. Certains ont utilisé le terme même de « dépersonnalisation » dans leur relation avec les patients alors que d'autres nous ont plutôt dit « qu'on perd l'humanité et on devient robot » ou « on ne supporte plus ses patients », on se sent dépassé par les demandes de patients, on développe une irritabilité et une impatience.

Six de nos MGF interviewés, nous décrivent le burnout au terme de ses causes comme la charge de travail ou le trop de responsabilités alors que huit d'entre eux vont aussi décrire le burnout au terme de ses conséquences comme une incapacité de travailler ou un changement dans le caractère du médecin tel que la relation à l'autre en souffrira.

### *5.1.2. Le vécu d'un burnout ou d'une expérience similaire ou génératrice d'un burnout*

Plusieurs études nord-américaines et européennes nous démontrent que quarante-huit à cinquante-deux pour cent des médecins se trouvent au premier stade d'épuisement émotionnel alors que seize pour cent éprouvent de la déshumanisation dans la relation à leurs patients. Un nombre moins élevé ressent un sentiment d'échec professionnel. Les statistiques montrent heureusement que seuls deux pour cent de la population médicale présentent le syndrome de burnout au complet. (5)

Quand nous avons demandé à nos MGF interviewés s'ils ont vécu des situations de difficulté professionnelle proche de ce que pourrait être un burnout, 8 ont répondu par l'affirmative, alors que 7 ont répondu négativement. En regardant les réponses affirmatives nous notons que à un moment donné dans leur vie un facteur déclenchant a projeté les médecins en question dans un burnout ou une situation similaire à celui-ci. Même si les raisons peuvent être différentes d'un médecin à l'autre, les conséquences semblent toujours les mêmes.

Pour MGF13, qui est installé depuis 2 ans, l'installation représente une situation professionnelle difficile dans la mesure où **l'investissement** demandé semble inattendu et insurmontable, et tout devient un problème, comme **les tâches administratives, l'attente et l'exigence des patients**, la vie privée. Nous retrouvons ainsi dans la revue de la littérature que « Le jeune âge est généralement tenu pour un facteur de risque de burnout. Les deux premières années d'expérience sont assez constamment considérées comme les plus à risque. Cette précocité de l'exposition au burnout provoque alors le souhait de quitter le métier, conduisant à voir les travailleurs plus chevronnés et moins affectés comme des « survivants » ». (25) Nous n'avons pas étudié l'âge comme facteur de risque dans notre étude.

Pour 4 autres MGF les difficultés d'ordre organisationnel et administratif les ont aussi amenés à vivre des situations proches du burnout. En approchant la dimension organisationnelle du burnout, parmi les facteurs organisationnels les plus souvent retrouvés, Pierre Canouï note : **le manque de soutien**, l'ambiguïté des rôles dans le travail, **la charge de travail excessive, la désorganisation du travail** avec en premier lieu la notion d'interruption des tâches. (7)

MGF3 et MGF12 témoignent d'au moins une période de **surcharge de travail** ressentie comme trop difficile. Tout comme Philippe Zawieja dit dans son livre sur le burnout que « L'effet de la surcharge de travail est relativement intuitif, notamment lorsqu'elle atteint un degré tel que toute récupération devient impossible... »(25)

Le cumul des problèmes au travail et dans la famille a provoqué chez MGF2, MGF12 et MGF13 des situations professionnelles difficiles à vivre. « Toute personne est amené à endosser à la fois au travail et dans sa vie extraprofessionnelle un ensemble de rôles (...) La difficulté à concilier ces différents rôles peut se concrétiser par la confrontation à des demandes contradictoires ou par des conflits entre vie professionnelle et vie familiale. » (25)

MGF7 nous parle d'une période de **somatisation** passagère avec céphalées, gastralgies et insomnie, symptômes qu'on retrouve fréquemment parmi les signes cliniques du burnout. (7)

Alors que MGF11 se rappelle toute une période où il n'y avait **plus d'intérêt pour le travail**, c'était devenu **un travail sans pensée, un travail par inertie**. Le médecin se dévalorise à ses yeux et à ceux de son entourage, se culpabilise et se démotive pour son travail, dit Michel Delbrouck. (5)

### *5.1.3. L'épuisement émotionnel*

Ce premier volet du trépied du burnout se caractérise, d'après Michel Delbrouck, par diverses manifestations comme **des crises d'énervement et de colère, des difficultés à se concentrer**. Le médecin oublie de répondre aux demandes même anodines de ses patients et se retrouve dans **l'incapacité à vivre tout sentiment**. (5)

11 de nos MGF interviewés ont déjà ressenti un épuisement émotionnel en lien avec leur profession de médecin. Pour certains d'entre eux l'épuisement est passager en étant ressenti plusieurs fois dans la journée, en lien avec la charge de travail. La perception qualitative et quantitative de la charge de travail contribue à l'épuisement émotionnel en réduisant la capacité du sujet à affronter les exigences de sa tâche. (25) Cette fluctuation dans le temps de ce sentiment d'épuisement évoque un des éléments du burnout, mais on ne veut pas dire que les médecins sont en burnout à la simple évocation.

Pour MGF1 et pour MGF12 le lien avec leurs patients, qui implique un **trop d'affect**, les a amenés dans un état d'épuisement émotionnel. Car souvent **le médecin se sur-identifie au patient et dépense parfois une énergie excessive et inefficace**, à l'imaginer, le comprendre et le prendre en charge sous tous ses aspects. Le médecin est amené à être confronté aux aspects cachés et sombres de l'âme humaine. Au fil des jours, il accompagne parfois des personnalités à peine structurées. Les demandes et les besoins de ces patients sont fortes, parfois exigeantes.(5) Et par la suite, le manque de reconnaissance du patient contribue à l'état d'épuisement émotionnel du médecin, comme c'est le cas pour MGF1. Car « L'altération ou la rupture du lien affectif à autrui, dont le versant positif fonde la confiance en soi, peut conduire à l'épuisement émotionnel. » dit P.Zawieja (25)

MGF13 nous témoigne d'un épuisement émotionnel induit par un **questionnement sur le sens du travail**. Cette notion on la retrouve bien chez Delbrouck qui dit que « le soignant se pose des questions à propos de son efficacité et de **la pertinence de son travail**. Il remet en question son propre système de valeurs. »(5) En interrogeant les soignants, Pierre Canouï dit qu'il apparait des questions sur le sens du travail de soignants, la question des désespoirs thérapeutiques, de la fin de vie et de la qualité de celle-ci. (7)

MGF7 et MGF9 ont ressenti un épuisement émotionnel en lien avec une fatigue. Alors que MGF3 et MGF11 ont poussé leurs limites jusqu'à la maladie physique, voir dans leur cas, l'infarctus. Car poussé dans ses derniers retranchements, le médecin finira par « craquer », décompenser, déprimer. Il est susceptible de présenter une ou des affections physiques qui l'obligeront malgré lui à s'arrêter contraint et forcé.(5)

MGF2 a ressenti un épuisement émotionnel dû à des problèmes organisationnels impliquant un licenciement du personnel et des problèmes familiaux qui ont retenti sur son travail. Toute personne est amenée à endosser à la fois au travail et dans sa vie extraprofessionnelle un ensemble de rôles, dotés d'attentes et des comportements de rôles spécifiques... La difficulté à concilier ces différents rôles peut se concrétiser par la confrontation à des demandes contradictoires ou par des conflits entre vie professionnelle et vie familiale. » (25)

#### *5.1.4. Le sentiment de déshumanisation de la relation à l'autre*

Nous avons exploré le sentiment de déshumanisation de la relation à l'autre à travers la question n°4 « Avez-vous le sentiment d'avoir déjà travaillé sur un mode « déshumanisé », par exemple à la fin d'une longue journée de travail ? »

11 sur 15 MGF nous ont répondu par l'affirmative en expliquant le sentiment de déshumanisation vis-à-vis du patient soit par la cause qui a conduit à la déshumanisation soit par les gestes qui font que la relation est dépersonnalisée.

MGF3, MGF5, MGF11 et MGF15 ont été capables de travailler par **automatisme**, comme un robot ou comme une machine. La déshumanisation de la relation à l'autre traduit une forme de **sécheresse relationnelle** ou de **cynisme** qui correspond à un mode de défense psychologique afin de se protéger.(7)

Pour d'autres MGF, la surcharge de travail, l'absence de collègues, le temps limité par patient conduisent vers une diminution, voire une perte, de l'empathie et de l'écoute. Le médecin se détache de son patient. Ils considèrent alors son malade comme un objet, un cas, un dossier. (5)

Chez deux de nos MGF, nous notons que le sentiment de déshumanisation s'installe presque naturellement à la fin de la journée ou à la fin de la semaine.

MGF2 nous parle d'un excès d'empathie envers ses patients accompagnée d'une fusion avec ceux-ci, état qui peut passer à tout moment du côté de la rupture, de la déshumanisation de la relation. « De plus, la question de la mort, de la maladie, de la souffrance, de l'injustice, de l'inégalité, des pulsions interdites, « tabouiques » refoulées

deviennent répétitives et prégnantes au fil des jours et des consultations. La répétition de ces impacts et la multitude des microtraumatismes émotionnels consomment ce soignant au plus profond de lui-même, surtout s'il n'a pas d'espace de parole où se dire à d'autres collègues. »(5) comme il pourrait le faire dans les groupes Balint où le but est de réunir des médecins volontaires (8 à 12) pour les écouter exposer des cas de leur pratique qui leur posent problème, de manière très régulière, toutes les semaines, et pendant plusieurs années. Comme dans le contrôle analytique le médecin exposant narre la prise en charge et les difficultés rencontrées, et procède par associations libres, laissant les manifestations de son contre-transfert montrer le bout de son nez. Les autres collègues posent ensuite des questions, font des commentaires, donnent leurs impressions et émotions, formulent des hypothèses, etc. Ils essaient d'aider le confrère à mieux cerner, comprendre la relation qu'il a établie à son insu avec son patient. Le leader ponctue l'avancée ou l'arrêt dans l'élaboration, signale des points oubliés, peut faire des interprétations, centrées de préférence sur le travail collectif des participants qui fonctionnent comme une « psyché groupale » au sens de Kaës. Cette méthode est certes modeste mais elle est restée inchangée depuis le début. Elle cherche à sensibiliser les médecins aux manifestations de l'inconscient du patient (et du sien) dans la rencontre singulière de la consultation. Balint souhaite que la fréquentation intense du groupe transforme les habitus du médecin, lui fasse développer une aptitude nouvelle d'écoute.(26) Pour le médecin généraliste français, « faire du Balint » constitue donc une tentative pour se forger une pratique professionnelle plus satisfaisante pour lui-même et plus adéquate pour ses malades : savoir répondre à ce qui lui apparaît comme leur vraie demande et nouer avec eux une relation valorisante où le médecin retrouve une expertise, celle de l'écoute et celle du langage .(27)

4 sur 15 MGF affirment n'avoir jamais travaillé sur un mode « déshumanisé ». MGF8 s'explique à travers l'empathie qu'il a toujours pour le malade alors que MGF7 s'explique par la connaissance du malade. Alors que MGF10 et MGF14 disent ne pas avoir travaillé sur un mode déshumanisé mais, lors des moments fragiles, avoir senti une agressivité vis-à-vis du malade ou une baisse de vigilance envers ce dernier.

A travers leur réponse, on a l'impression que cette question est un peu tabou, et la plus part d'entre eux ne se sont pas livrés dans leur réponse... Soigner un patient techniquement est insuffisant dans l'image du médecin généraliste, le soin doit s'accompagner d'empathie. Reconnaître l'absence d'empathie leur pose en général un problème.

#### *5.1.5. La perte du sens d'accomplissement au travail*

Pour explorer la perte du sens d'accomplissement au travail nous nous sommes servi de la question n°5 à travers laquelle nous avons demandé aux MGF si la déshumanisation de la relation à l'autre a été telle qu'ils se sont retrouvés en situation de remettre en question leurs compétences, voire se ressentir mauvais.

11 MGF sur 15 interviewés ont répondu par l'affirmative. Pour MGF1, le stress d'un système informatisé avec ses plus et ses moins a déjà provoqué une remise en question de ses compétences. Alors qu'en même temps il va nous dire qu'il a toujours cherché à se maintenir à la hauteur des atteintes à travers la formation continue.

MGF2 a dû remettre en question ses compétences organisationnelles mais jamais ses compétences professionnelles envers les malades, motivant cela par une exigence de soi permanente. « Sur le plan organisationnel, le fonctionnement en mode projet, qui tend à estomper les référentiels hiérarchiques ou professionnels, peut constituer un facteur de perte de considération. Entrant dans ce cadre les conflits avec les valeurs personnelles ou professionnelles du sujet, ensemble d'idéaux et de motivations guidant son action jour après jour ou l'ayant attiré dans le choix de son métier ... lorsqu'ils se révèlent insolubles, sont associés au burnout. »(25)

MGF3 et MGF11 nous parlent des moments où la difficulté d'assumer a été suffisamment importante pour entraîner des questions. MGF11 nous parle aussi d'une **peur de ne pas être à la hauteur**. Michel Delbrouck dirait que cette impression de **ne plus être efficace** et de ne plus faire du bon travail frustre le médecin par rapport au sens qu'il donnait à son métier. Il commence à douter de lui et de ses capacités. (5) Quand le soignant attend trop de sa profession et notamment qu'elle lui rapporte en miroir une belle image de lui-même, un accomplissement personnel de la reconnaissance ou de l'amour, il devient un individu à haut risque. (5)

MGF13 témoigne d'avoir eu le sentiment « de ne pas être assez compétente » et d'avoir vécu une remise en question de ses choix. « ...l'estime de soi et la conscience professionnelle apparaissent ici troublées par des dilemmes éthiques (stress de conscience) ou une remise en question de sens du travail. »(25)

On retrouve chez 4 MGF une remise en question alors que chez MGF7 et MGF8 nous retrouvons aussi la remise en question mais compensée par la formation continue.

MGF6 parle d'une remise en question de ses compétences en rapport avec une culpabilisation.

La formation continue a été une réponse pour certains, afin de se protéger de ce sentiment d'inefficacité possible les mettant à l'abri d'une réponse positive.

#### *5.1.6. Témoignage d'une stratégie résolutive face à une difficulté surmontée*

Nous avons voulu, à travers la question n°6 « Est-ce-que suite à diverses situations difficiles y-a-t-il eu un changement de stratégie dans votre pratique, une nouvelle façon de travailler ? », de faire part aux témoignages d'une stratégie résolutive face à une difficulté surmontée. Et 12 sur 15 MGF ont confirmé avoir vécu des situations difficiles nécessitant un changement dans la façon de travailler.

MGF2, MGF13 et MGF14 témoignent avoir eu besoin d'un travail sur soi pour pouvoir accepter certaines choses et même pouvoir apprendre le refus des certaines demandes de la part de leurs patients. On retrouve chez Delbrouck l'importance des groupes de paroles car même si les médecins les craignent parce que la parole risque de réveiller leur souffrance cachée et ignorée d'eux-mêmes, cette parole reste l'unique moyen de laisser sa place à cette discordance entre l'impossibilité et l'impuissance. (5)

MGF3, MGF4, MGF7 et MGF13 ont choisi de changer leurs conditions de travail en mettant en place les RDV et le secrétariat ou bien en prenant plus souvent des vacances, en partageant les tâches ou en se mettant en association plutôt que de rester seul et isolé. MGF1, MGF4, MGF6 et MGF9 ont aussi changé quelque chose au niveau de leur rythme de travail soit en refusant des nouveaux patients ou les visites à domicile, soit en adaptant au mieux les horaires de travail. Car « La dimension émotionnelle du travail, qu'il s'agisse de son intensité dans certaines professions (par exemple celles qui sont en partie liées avec la souffrance et la mort) ou de la maîtrise ou dissimulation des émotions au contact du public, est un facteur de burnout avéré, comme le sont certaines conditions de travail... »(25)

Pour MGF8 la stratégie résolutive a été de cibler l'essentiel dans sa relation au patient.

Par contre, nous retrouvons dans le témoignage de MGF11 qu'elle n'a pas changé sa fonction de travailler mais qu'elle se considère à l'origine de tout problème survenu. Elle est sous traitement antidépresseur.

On s'aperçoit donc qu'il existe deux réponses : l'une pragmatique concernant les horaires de travail par exemple l'autre plus psychologique et existentielle comme le travail sur soi ou l'apprentissage du refus dans la relation.

#### *5.1.7. Les facteurs de stress chronique des médecins*

« Pour l'Association médicale Canadienne, les six principales causes de mal être du médecin sont son volume de travail, son manque de sommeil, ses sollicitations pour l'enseignement et la recherche, son risque de poursuite en justice, l'augmentation des attentes du public et la confrontation à son impuissance et à la mort. »(5)

Dans notre entretien nous avons posé plusieurs questions qui touchent aux facteurs de stress comme l'installation, les conditions de travail, la sécurité au travail, la relation avec les institutions en lien professionnel, la vie privée et les éventuelles conséquences d'un excès d'engagement.

Concernant l'installation en tant que facteur de stress, 10/15 MGF nous ont répondu par l'affirmative. Ils expriment les problèmes en tant qu'employeur comme **la gestion, les tâches administratives** et puis les problèmes de **la solitude, l'anxiété**, le manque de préparation pour **la charge de travail** qu'une installation implique tout comme on a vu dans la revue de la littérature concernant la santé et le bien-être de médecins généralistes au Canada (28).

Pour 5/15 MGF l'installation n'est pas un facteur de stress mais plutôt « une liberté par rapport au remplacement » comme c'est le cas pour MGF4. Pour MGF6, le fait d'être dans une bonne association allège la charge de l'installation.

Pour 11/15 MGF, leurs **conditions actuelles de travail** peuvent être un facteur de stress retrouvé dans la littérature de spécialité.(28) Pour 5 médecins le stress le plus important dans leurs conditions de travail est la **charge de travail**, les horaires à n'en plus finir. Le temps que le médecin passe à son cabinet par rapport aux 35 heures d'autres professions, le **manque de reconnaissance** de la part des patients, les gardes, le risque de maladie

personnelle ou dans sa propre famille dont le médecin ne pourrait pas envisager un arrêt de travail jusqu'aux rires pleins de sous-entendus du médecin qui n'ose même pas développer le sujet du stress causé par ses conditions de travail, sont des réponses que les MGF interviewés me donnent, concernant leur stress.

Concernant la sécurité à leur travail, seulement 4 MGF sur 15 m'ont parlé des situations dans lesquelles ils ont pu avoir peur et ne pas se sentir en sécurité. Pour chacun d'entre eux il s'agissait soit d'une **situation d'agressivité verbale** de la part d'un patient, soit d'une **visite dangereuse** chez des patients psychiatriques. MGF13 témoigne d'un **sentiment de vulnérabilité** qu'elle ressent en étant à son cabinet. Dans la revue de la littérature on retrouve que « Le nombre croissant d'incivilités, voire d'agressions, contre les médecins des services d'urgence ou de cabinets libéraux a conduit l'Ordre des Médecins à mettre sur pied en 2002 un observatoire des agressions dont sont victimes les médecins. Un numéro de téléphone dédié a été mis en place par l'Ordre des médecins de Paris<sup>2</sup>. Ainsi, en 2006, ont été recensés sur tout le territoire, 518 incidents [9] impliquant 312 généralistes et 202 spécialistes, pour 56 % dans le cabinet du praticien : **agression physique** (14 %), **agressions verbales** (39 %), **vol ou tentative de vol** (29 %), **vandalisme** (10 %). Les causes rapportées par les agressés sont le temps d'attente « excessif » (12 %), le refus de prescription (5 %), le reproche relatif à un traitement (5 %), une décision médicale contestée (4 %), l'état mental du patient (3 %). Même si le taux d'insécurité semble en légère diminution puisqu'il est passé de 0,32 % en 2003 à 0,25 % en 2006 sur une population de 190 000 médecins en activité, ces chiffres restent particulièrement élevés. »(29)

Pour 7 sur 15 MGF les institutions en lien professionnel sont une source de stress. Certains MGF trouvent que les institutions ajoutent du travail supplémentaire ce qui fait que leur charge de travail augmente encore plus. MGF14 et MGF2 ne retrouvent pas dans les institutions l'aide nécessaire et espéré. MGF1 et MGF12 ont plutôt des mauvais souvenirs où les institutions ont remis en cause le médecin. 8 sur 15 MGF jugent que la relation avec les institutions est bonne, tant qu'ils sont dans le respect de la loi.

Nous avons essayé de savoir s'il y a un lien entre la vie professionnelle et la vie personnelle, si la vie personnelle est un facteur de stress ou plutôt un moyen de réconfort ou si le stress dans la vie professionnelle agit négativement sur la vie personnelle. Pour 10 sur 15 MGF il y a un lien entre la vie personnelle et la vie professionnelle. P. Zawieja dit que « Le lien entre la situation conjugale et le risque de burnout n'est pas univoque. Le célibat accroîtrait les scores d'épuisement émotionnel dans plusieurs études, notamment chez les hommes. Avoir une famille procurerait une relative protection. »(25) Pour MGF1 et MGF9 ce lien est positif, la vie personnelle étant un facteur positif pour leur profession. Au contraire, pour les autres MGF ce lien est négatif car le stress du travail se manifeste par des pleurs et de l'agressivité dans leur vie personnelle. Et pour MGF14 le trop de travail implique une absence de la maison donc aussi un facteur de stress en plus.

Nous avons aussi posé la question si l'excès d'engagement dans le travail pourrait entraîner un épuisement professionnel. Et 13 sur 15 MGF ont répondu oui. Pour 7 d'entre eux la charge de travail et les problèmes existants au travail demandent un excès d'engagement

qui peut les emmener vers l'épuisement. 4 autres MGF acceptent le risque d'un excès d'engagement mais ils cherchent les moyens pour se détacher.

En résumé, la famille et les loisirs peuvent certes, être évoqués en termes de soupape, de soutien, donc vécus positivement, à l'inverse l'exacerbation des conflits familiaux dû à une fatigue professionnelle est évoquée comme une source d'aggravation menant au burnout. A un moment donné, il devient difficile de trouver l'origine de la souffrance qui lie travail et famille.

#### *5.1.8. Les moyens que les médecins s'accordent pour diminuer les facteurs de stress*

Cette question cherche à lister de mesures préventives (par rapport à la question 6). Les MGF interviewés nous ont fait part de moyens qu'ils s'accordent pour diminuer les facteurs de stress. MGF1 a décidé de ne plus faire de visite à domicile et aussi de prendre le temps de résoudre les demandes de patients sur plusieurs consultations et ne plus se mettre la pression de tout résoudre lors d'une seule consultation. Tout comme MGF6 se sent soulagé par le fait de ne pas faire de gardes.

MGF2, MGF8 et MGF11 ont mis en place un secrétariat ce qui fait diminuer les facteurs de stress tout comme l'aménagement des horaires et les RDV pour MGF3 et MGF9. Ils parlent aussi d'un travail basé sur un système informatique et du fait d'avoir un comptable qui assure la partie comptabilité du cabinet.

MGF2 et MGF4 apprennent à dire non et à limiter les demandes excessives des patients.

Pour d'autres, le fait d'avoir plus de temps pour eux, les aide à diminuer le stress. Donc ils prennent plus souvent de vacances, ils prennent un jour de repos dans la semaine, ils s'associent pour retrouver un travail en équipe et pouvoir partager les tâches.

MGF7 et MGF14 parlent de leurs « soupapes » comme le jardinage, le yoga, les voyages qui les aident à diminuer le stress et à avancer.

On s'aperçoit qu'une bonne **organisation** dans le travail, qui n'est pas propre à la médecine, est un choix positif de même que le **partage** ou la **limitation** du temps de travail.

L'apprentissage « du comment refuser » est là aussi fortement évoqué mais n'est visiblement pas quelque chose d'inné.

## **5.2. Discussion sur les réponses des médecins généralistes roumains**

### *5.2.1. Le burnout en général*

Nous avons essayé de découvrir, à travers une question générique, ce à quoi le burnout fait référence dans l'esprit de médecins généralistes roumains.

Nous notons, à travers les réponses de nos 10 MGR interviewés, que la notion de burnout leur n'est pas méconnue.

5 sur 10 MGR parlent du burnout comme **un état proche de la dépression** ou comme des symptômes de dépression. Tout comme on retrouve dans la revue de littérature que « Le burnout est un concept neuf qui ne se superpose pas à un diagnostic psychiatrique mais qui peut mener à la dépression. »(5)

MGR8 et MGR10 parlent d'un **état de fatigue**. MGR5 parle d'une **asthénie physique et psychique** toute comme MGR3 et MGR8 parlent d'un **épuisement professionnel physique et psychique**. Pour MGR9 le burnout c'est une **perte de l'envie** et une **perte de l'élan** car « on ne veut et on ne peut plus rien faire ». Tout comme Philippe Zawieja, dans son tableau sur la symptomatologie du burnout, classera le **manque d'énergie, l'asthénie, le sommeil non réparateur** dans l'**épuisement** dû à l'hyperactivité initiale. Il parlera aussi d'une **disposition négative à l'égard du travail**, d'une **réticence** et d'un **ras-le-bol**, d'une **diminution de l'envie d'aller travailler**.(23)

MGR5 utilise aussi la notion de **nervosité** car la **révolte** qu'il accumule contre le système actuel le projette dans les causes du burnout. Bien comme d'autres MGR qui vont décrire le burnout en termes de ses causes. 8 sur 10 MGR décrivent le burnout comme une **absence de la maison** qui enchaîne un **isolement affectif**. Ou bien une **charge de travail** trop excessive avec des heures supplémentaires et une augmentation de la quantité de travail comme c'est le cas pour MGR1 et MGR3. Ce qui fait que MGR4 et MGR10 nous parlent d'une **sur sollicitation physique et psychique** au travail et MGR6 et MGR7 décrivent bien le stress en rapport avec l'**excès de responsabilités**. Pour les MGR, le patient est aussi une cause du burnout, que ça soit à cause des **exigences trop importantes du patient**, comme le ressent MGR3 ou que ça soit à cause du **lien affectif d'attachement** qui existe entre le médecin et ses patients, comme c'est le cas pour MGR8.

Pour MGR1 le burnout c'est **une maladie** qui l'amène à un état auquel elle se rend compte qu'elle doit consulter un autre médecin.

MGR2 nous parle de beaucoup de difficultés dans sa pratique mais il ne parle pas du burnout.

### *5.2.2. Le vécu d'un burnout ou d'une expérience similaire ou génératrice d'un burnout*

7 sur 10 MGR disent qu'ils se sont déjà retrouvés dans une situation de difficulté professionnelle proche de ce que pourrait être un burnout.

MGR9 nous parle d'une **fatigue** et d'un **épuisement** tout comme MGR1 pour qui la fatigue et l'épuisement dû à un excès de travail ont entraîné un **problème de santé**, voire une **TSV (tachycardie supraventriculaire)**. MGR4 a aussi souffert d'un **infarctus** lié au stress au travail et les rapports de financement.

MGR6 vit une **frustration** du fait de **ne pas pouvoir aider les patients**. Elle doit faire face au **vieillissement de la patientèle**, à des **diagnostics lourds** et au **manque de moyens**. Et nous retrouvons cette même frustration et impuissance dans la littérature quand le Dr. J.P.

Lebrun nous dit bien que le médecin « vit comme un élément d'impuissance, ce qui n'est en fait qu'une **impossibilité**. »(5)

Pour MGR3, le fait d'avoir vécu des expériences similaires au burnout, ont fait qu'il regarde à mieux organiser son travail, en mettant en place des rendez-vous et en appliquant une éducation à ses patients.

Pour MGR7, le **système de santé** actuel est une cause de burnout.

MGR8 nous dit avoir vécu un épuisement physique mais pas un épuisement psychique. Tout comme MGR10 qui fait la différence entre avoir vécu une difficulté ou un burnout.

### *5.2.3. L'épuisement émotionnel*

9 sur 10 MGR interviewés nous disent avoir déjà ressenti un épuisement en lien avec leur profession de médecin. Pour la majorité d'entre eux, le fait de s'identifier au patient, de ne pas pouvoir mettre une barrière et en plus d'avoir la charge d'annoncer des pathologies graves font que l'épuisement émotionnel est largement ressenti.

Pour MGR7 et MGR10 la surcharge de travail les a fait vivre un épuisement émotionnel. MGR4 fait référence à la surcharge de travail mais témoigne aussi d'un épuisement émotionnel réactionnel par rapport à un événement personnel.

MGR5 vit un épuisement émotionnel face à toutes les exigences des patients en ajoutant aussi le sentiment d'être démuné face à certaines pathologies. Tout en ressentant le manque de soutien de la part de l'hôpital, comme le témoigne aussi MGR8.

L'épuisement émotionnel ressenti par MGR6 est en lien avec le problème de la succession.

Pour MGR10, la pression du système l'amène des fois en situations d'épuisement émotionnel.

### *5.2.4. Le sentiment de déshumanisation de la relation à l'autre*

En essayant d'explorer si les MGR ont déjà vécu le sentiment de déshumanisation de la relation à l'autre, les réponses données sont assez variables. 3 sur 10 MGR disent avoir déjà travaillé sur un mode déshumanisé et ils mettent en cause l'excès de travail et le manque de reconnaissance du patient qui font qu'ils vivent des situations où ils travaillent « comme un robot ».

Les MGR qui disent ne pas avoir travaillé sur un mode déshumanisé expliquent ça à travers les satisfactions du métier.

Par contre, 3 MGR interviewés semblent ne pas avoir bien compris le terme de « travail sur un mode déshumanisé ».

### *5.2.5. La perte du sens d'accomplissement au travail*

Pour savoir si les MGR interviewés ont vécu le sentiment de perte du sens d'accomplissement au travail nous avons posé la question si ça leur est arrivé de remettre en question leurs compétences et de se ressentir mauvais.

8 sur 10 MGR ont répondu oui. Pour 5 d'entre eux la réponse est la même. Ils se sont retrouvés en situation de remise en cause et remise en question personnelle ce qui a poussé la majorité d'entre eux à se plonger dans une autoformation.

MGR1 nous parle d'une mise en question de ses compétences en lien avec un travail aux urgences pour des raisons financières mais en n'ayant pas la formation.

MGR6 a déjà vécu des remises en question de ses compétences et pour ces raisons elle est dans une formation continue permanente.

Par contre, MGR7, qui a répondu non, semble ne pas avoir fait le lien sur la perte des capacités.

### *5.2.6. Témoignage d'une stratégie résolutive face à une difficulté surmontée*

7 sur 10 MGR interviewés ont dû vivre des situations difficiles dans leur travail, chose qui les a poussé vers une stratégie résolutive, un changement dans leur travail.

MGR1 et MGR3, devant des exigences trop importantes de la part de leurs patients, ont choisi d'imposer une médecine réflexive ainsi que de se permettre une adaptabilité de la réponse en fonction des capacités de compréhension du patient.

Suite à un problème de santé personnel assez important dû au stress au travail, MGR4 a choisi de se mettre moins la pression.

MGR9 s'est déjà retrouvé en situation de changer deux fois son lieu de travail et de faire plus de formation continue pour surmonter les difficultés.

MGR10 a mis en place le travail sur RDV.

Pour MGR8 le grand changement « obligé » est venu de l'extérieur, quand le système de sécurité a changé pour tous les médecins généralistes, en passant du système salarié hospitalier au système libéral contractuel avec la Caisse d'Assurance de Santé. Suite à ce changement, MGR8 a dû changer beaucoup de choses dans sa manière de travailler.

MGR7 nous parle d'une pratique radicale dans sa manière de prescrire suite à des problèmes concernant ses prescriptions. Mais sa réponse est assez hors sujet.

D'un autre côté, MGR6 semble avoir déjà vécu beaucoup de difficultés dans sa pratique mais semble ne pas avoir trouvé une stratégie résolutive car nous dit ne pas avoir les moyens de changer quelque chose.

### 5.2.7. Les facteurs de stress chronique des médecins

Nous avons tenté d'évaluer à travers notre interview des facteurs de stress chronique chez les médecins généralistes roumains. En prenant comme model « The Canadian Medical Association's policy on physician health and well-being »(28), nous avons posé des questions pour savoir si l'installation, les conditions de travail, les institutions en lien professionnel, la présence ou l'absence du sentiment de sécurité au travail, l'excès d'engagement dans le travail, la vie professionnelle et la vie personnelle sont des facteurs de stress d'actualité pour les MGR.

Pour 6 sur 10 MGR l'installation, ou bien le fait de devoir gérer son propre cabinet, est un facteur de stress chronique. Pour MGR2, MGR3 et MGR8 c'est surtout en lien avec le côté financier car ils angoissent souvent en pensant qu'ils risquent de ne pas avoir assez d'argent pour payer toutes les dépenses du cabinet. Leur réponse rejoint celle de 4 autres MGR qui parlent d'un stress permanent provoqué par la gestion et la comptabilité. Nous notons aussi la présence d'un stress en lien avec tout le temps nécessaire aux médecins pour organiser le côté administratif de leur cabinet.

Concernant les conditions actuelles de travail, pour 6 sur 10 MGR, celles-ci représentent un facteur de stress chronique. Le principal gros problème semble être le logiciel de santé, **SIUI** (Sistemul Informatic Unic Integrat- Système Informatique Unique Intégré)(30). Pour beaucoup des MGR interviewés le SIUI crée beaucoup de stress, surtout à cause de problèmes informatiques souvent rencontrés. A côté de SIUI, les MGR décrivent aussi un stress crée par les **urgences**, par **les limites dans l'action thérapeutique**, par le **problème financier** rencontré dans la problématique de tous les jours. MGR7 décrit un stress en lien avec un **rapport de supériorité/infériorité** qui a été créé entre le médecin hospitalier et le médecin généraliste. MGR8 travaille souvent avec des patients peu éduqué et la nécessité d'une adaptabilité constante représente un facteur de stress chronique.

Nous avons essayé d'évaluer l'éventuel stress créé par la possibilité d'un manque de sécurité au travail. Nous avons donc demandé aux MGR « Est-ce-que vous vous sentez en sécurité à votre travail ? ». 4 sur 10 MGR ont répondu « non » et les raisons sont plus ou moins différentes. Pour MGR3, les difficultés qu'il peut rencontrer dans ses relations avec la Caisse mettent en jeu le sentiment de sécurité qu'il est censé avoir dans son travail. Pour MGR6, le fait de devoir travailler avec un logiciel informatique imposé mais déficitaire et le fait d'être limité à 20 consultations par jour font qu'elle se sent dépendante de la technologie et donc pas libre et sécurisée dans son travail. MGR7 et MGR8 décrivent des situations d'agressions verbales qui mettent en question leur sentiment de sécurité au travail.

Pour la majorité de nos MGR interviewés, les institutions en lien professionnel sont une source de stress. Car 8 sur 10 MGR ont répondu « oui » à cette question. Chez MGR1, MGR2 et MGR3 nous retrouvons assez prenante la notion de la rémunération car l'institution verse les salaires en fonction de l'activité du médecin. Le côté aléatoire des revenus est un facteur de stress assez important. MGR2 témoigne aussi d'un ressenti d'injustice dans la manière dans laquelle les institutions appliquent la rémunération. MGR6 se révolte vis-à-vis de demandes hors fonction de médecin, comme la quête d'information administrative

concernant les patients. Pour MGR9, le contrôle administratif effectué par la Caisse est un facteur de stress et de colère. MGR5, MGR7 et MGR10 affirment que les institutions en lien professionnel sont un facteur de stress sans donner plus de détail. Nous notons chez MGR4 et MGR8, qui ont répondu « non » à la question, la notion de contrôle et de pénalités à laquelle il faut s'adapter et l'accepter « Ils viennent contrôler. Je les laisse faire. Ils te disent que t'as fait des erreurs et qu'il faut te pénaliser... » (Résultats MGR-question numéro 10) Puis MGR8 explique le fait qu'elle n'est plus autant affectée depuis environ 2 ans depuis quand les MGR ont commencé à s'organiser mieux dans des sociétés professionnelles et protéger leurs intérêts.(31)

La vie professionnelle et la vie personnelle, le lien existant entre les deux et en quelle mesure ce lien peut être un facteur de stress c'est une question qui nous intéresse beaucoup. Seulement 3 MGR trouvent un lien entre les deux. MGR6 a dû sacrifier sa vie personnelle pour sa vie professionnelle. Pour MGR5 le lien entre les deux est évident « si on a un métier dans le cœur et on l'a fait avec passion, forcément il y aura aussi une influence quand on est chez soi. » (Annexe Interview MGR5). Pour MGR10, c'est uniquement le stress professionnel qui peut affecter la vie personnelle. Nous observons une claire dichotomie pour MGR1, MGR3, MGR4 et MGR8 qui ne trouvent pas de lien entre le stress au travail et la vie personnelle. Ils arrivent à bien faire la part des choses comme MGR4 qui dit : « Moi d'habitude, je fais bien la part des choses. Les problèmes de la maison je les laisse à la porte du cabinet et les problèmes du cabinet je les laisse à la porte de la maison. Ça ne se mélange pas. » (Annexe 3. Transcriptions des Interviews- Interview MGR4). Pour MGR2 la famille c'est la source d'apaisement.

6 sur 10 MGR affirment qu'un excès d'engagement dans leur travail pourrait entraîner un épuisement professionnel. Pour MGR2 la question concernant un excès d'engagement lui fait résonance à un vécu d'injustice par manque de reconnaissance professionnelle et il se demande : « comment puis-je m'impliquer encore plus quand de toute façon je ne suis pas apprécié et reconnu pour mon travail... ? » (Annexe Interview MGR2). MGR6 se sent désabusée par rapport à soi-même et même si l'excès d'engagement dans son travail est existant et pourrait entraîner un épuisement, elle ne lui donne aucune importance : « Oui. Mais vu l'âge que j'ai, ça n'a plus d'importance » (Annexe Interview MGR6). Pour MGR10 l'épuisement professionnel en lien avec un excès d'engagement dans son travail est possible mais il essaie de gérer ses limites. D'un autre côté, MGR4, MGR7 et MGR9 essaient d'éviter l'excès d'engagement soit en refusant la prise de gardes, soit en apprenant à prioriser les urgences dans son travail et à se donner du temps quand la situation la permet.

### 5.2.8. *Les moyens que les médecins s'accordent pour diminuer les facteurs de stress*

9 sur 10 MGR interviewés ont témoigné qu'ils s'accordent des différents moyens pour essayer de diminuer les facteurs de stress.

MGR1 et MGR5 disent qu'ils appliquent un « **détachement** » **entre le travail et la vie personnelle** alors que MGR7 et MGR8 se créent une **barrière dans l'implication auprès du patient**. MGR5 a introduit le **travail sur RDV**. MGR1 applique aussi la possibilité qu'il a pour « choisir » ses patients ainsi que de **refuser de nouveau patient**, tout comme MGR2.

Pour MGR3 et MGR4 **l'humour et la patience** les sauvent.

MGR6 choisi de faire une éducation thérapeutique à ses patients.

MGR9 se trouve des **stratégies d'évasion**, de **relaxation après le travail** tout comme MGR8 qui se sent sauvé par la possibilité de prendre des **vacances**.

## 6. CONVERGENCE ET DIVERGENCE DU VECU DES MEDECINS GENERALISTES FRANÇAIS ET ROUMAINS

En regardant les réponses de médecins Français et de médecins Roumains, nous avons décidé de créer un tableau pour mieux comprendre où leur vécu converge et où il diverge.

### DIVERGENCE

FRANCE	ROUMANIE
<b>BURNOUT</b>	
Le burnout est reconnu et ressenti comme une dépression et un épuisement en lien avec le travail, la charge de travail et la responsabilité.	Difficulté de reconnaissance du burnout comme pathologie assimilé à une fatigue  Niveau de profondeur des symptômes proche de la dépression non reconnu par tous
<b>SYSTEME DE SANTE</b>	
Evoqué comme contrainte mal vécue sans plus	Evoqué comme facteur de stress important ; la pression du système de santé semble plus importante
<b>FINANCIER</b>	
N'est pas évoqué	Évoqué  On perçoit un déficit financier, il est évoqué et génère une angoisse
<b>LOGICIEL</b>	
Outil de travail mais pas une contrainte	Outil de travail unique pour tous les médecins  Contrainte
<b>DICHOTOMIE VIE PROFESSIONNELLE/VIE PERSONNELLE</b>	
Plus équivoque  Mélange des influences dans les deux sens	Evoquée facilement  Semble réelle
<b>TUTELLE</b>	
Désagrément	Pression et répression
<b>STRATEGIES PREVENTIVES</b>	
Le MGF arrive à gérer car il est lui-même organisateur de son temps de travail	On note que pour le MGR c'est plus difficile de gérer car il est lié au logiciel, il est sous surveillance + le contexte financier
<b>FRUSTRATION PAR REPONSES INADEQUATES</b>	
Absente	Présente

## CONVERGENCE

<b>FRANCE</b>	<b>ROUMANIE</b>
<b>BURNOUT</b>	
Bonne connaissance	Bonne connaissance mais pas pour tous
<b>VECU D'UNE SITUATION DE DIFFICULTE PROFESSIONNELLE</b>	
Oui, en lien avec une fatigue chronique, le trop d'affect envers le patient, la charge de travail, les problèmes organisationnels et administratifs	Oui, en lien avec la fatigue chronique, le trop d'affect envers le patient, la pression du système de santé et les problèmes financiers
<b>REMISE EN QUESTION DES COMPETENCES</b>	
Présente mais compensée par la formation continue	Présente mais compensée par la formation continue chez certains d'entre eux
<b>L'INSTALLATION</b>	
Angoisse  Est un facteur de stress en rapport avec les problèmes et les tâches administratives	Angoisse  Facteur de stress en rapport avec la gestion du cabinet et le côté financier
<b>LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA SECURITE AU TRAVAIL</b>	
Sont un facteur de stress en lien avec la charge de travail Les MG ont vécu de situations d'agressivité verbale	Sont un facteur de stress mais surtout en lien avec le logiciel de santé et le problème financier Les MG ont vécu de situations d'agressivité verbale
<b>L'EXCES D'ENGAGEMENT DANS LE TRAVAIL</b>	
Peut provoquer un épuisement professionnel mais les MGF cherchent des moyens de détachement	Peut provoquer un épuisement professionnel mais les MGR essaient de gérer leurs limites
<b>STRATEGIES PREVENTIVES</b>	
RDV possibles Les « soupapes » Les vacances	RDV possibles Stratégies d'évasion après le travail Les vacances
<b>ENTHOUSIASME IDEALISTE DE LA PROFESSION AU DEBUT DE L'INSTALLATION</b>	
Présent	Présent

Quand nous avons voulu évaluer, à travers notre questionnaire, en quelle mesure le burnout fait écho dans l'esprit de médecins interviewés, nous avons posé comme première question « Qu'est-ce que représente pour vous le burnout professionnel ? ». Notre intérêt a été de voir quel est l'approche générale de médecins vis-à-vis du burnout.

En regardant les réponses de MGF et MGR à cette question, nous voyons que sur plusieurs « thèmes » leurs définitions du burnout convergent. Plusieurs MG définissent le burnout par un état ou par des symptômes proches de la dépression. Nous notons que MGF8 parle d'une **fatigue morale** tout comme MGR8 et MGR10 qui parlent d'un **état de fatigue**. Plusieurs MGF (MGF2, MGF8, MGF9, MGF12, MGF13) parlent d'une **perte de l'envie et une perte de l'élan** tout comme MGR9 va dire « qu'on ne veut et on ne peut plus rien faire » (Annexe Interview MGR9).

Certains MGF définissent le burnout comme **un épuisement psychologique, émotionnel et physique** alors que MGR5 va le décrire comme **une asthénie physique et psychique**.

Nous notons aussi que les MGF trouvent plus de définitions au burnout que les MGR. Les MGF vont comparer le burnout à un « **ras-le-bol** » ou bien vont le classer comme une **perte de motivation**, une **difficulté à prendre du recul** et une **déshumanisation du travail**. Alors que la notion de dépersonnalisation ou déshumanisation du travail, nous ne la retrouvons pas dans les réponses de MGR.

Les MG définissent aussi le burnout sous la forme de ses conséquences ou au terme de ses causes. Ainsi, MGR1 prend conscience de la présence d'une « **maladie** » qui l'amène à consulter un confrère. De l'autre côté, les MGF1, MGF2, MGF3, MGF13, MGF14 et MGF15 nous parlent d'une **incapacité à travailler due à un épuisement professionnel** car « on n'arrive plus à travailler » et « on ne peut pas assurer sa fonction de médecin » (Tableau 1, question 1 dans Résultats).

MGF4, MGF8 et MGF14 parlent d'un changement dans leur attitude envers les patients, comme **une irritabilité** alors que MGR5 nous parle d'une **nervosité**.

Les réponses convergent aussi quand les MG parlent de **la charge de travail**. Les MGF parlent du **surmenage** suite à **l'excès de travail**. Les MGR parlent d'une charge de travail importante avec des **heures supplémentaires** qui augmente la quantité de travail, d'une **sollicitation physique et psychique au travail**.

Les responsabilités que le fait d'être médecin impliquent, pèsent lourd autant sur les MGF que sur les MGR. MGF7 parle d'un **trop de responsabilité** et MGR6 et MGR7 parlent du stress en rapport avec **l'excès de responsabilités**.

Nous notons que les MGR nous donnent plusieurs causes de burnout que les MGF. MGR1 nous parle d'une absence de la maison qui induit un **isolement affectif**. MGR3 cite les **exigences de patients**, MGR5 décrit sa **révolte contre le système actuel** et MGR8 parle du **lien** et de **l'attachement au patient** comme cause de burnout.

MGR2 nous a parlé de beaucoup des difficultés mais pas de burnout.

MGF6 nous a évoqué les difficultés de prise en charge de personnes en burnout mais ne nous a pas donné son approche personnelle au burnout.

A travers notre deuxième question, « Vous êtes-vous déjà retrouvé en situation de difficulté professionnelle, proche de ce que pourrait être un burnout ? » nous avons eu

l'intention d'obtenir le témoignage d'un vécu de burnout ou d'une expérience similaire ou génératrice d'un burnout.

Certains MGF ainsi que certains MGR ont répondu oui à notre question et nous ont raconté leur vécu. MGF4, MGR1 et MGR9 parlent d'**épuisement**, de **fatigue chronique**, d'une **impossibilité de surmonter**. Pour MGR7 le burnout qu'il a ressenti est en lien avec le **système de santé en Roumanie**. MGF1 a vécu une déception en lien avec une **activité syndicale** dans laquelle il c'était beaucoup investi. La surcharge de travail reste un facteur de burnout qui est rencontré aussi parmi les MGF que parmi les MGR. Car MGF3 et MGF12 témoignent des vécus de burnout dus à une **surcharge de travail** comme c'est le cas en période épidémique ou quand la fréquence des urgences est trop importante. Alors que MGR1 rapporte l'apparition d'un problème de santé suit à l'**excès de travail**.

Nous observons aussi que les situations de difficultés professionnelles décrites de MGF sont d'ordre **administratif et organisationnel**, en lien avec la **solitude**, une conséquence de plusieurs **problèmes au travail et familiaux, suite à l'installation** et se manifestent par un **désintérêt** envers le travail ou un **travail sans pensée**, par inertie, par une **somatisation passagère**. Alors que chez les MGR nous retrouvons un burnout en lien avec le **stress au travail et les rapports de financement**, stress qui culmine avec une **maladie organique**. Aussi un épuisement professionnel dû à la **frustration** de ne pas pouvoir aider les patients par **manque de moyens** ou à cause de diagnostics trop lourds.

Parmi nos MG interviewés il y a aussi des médecins qui n'ont pas vécu de burnout. Certains d'entre eux disent que c'est grâce à un bon emploi du temps et à un savoir déléguer. Alors que d'autres affirment avoir été très fatigués mais soit l'épuisement a été seulement physique et pas moral, soit la difficulté vécue reste une difficulté mais pas un burnout.

En rentrant dans le trépied du burnout nous avons demandé si les médecins ont déjà ressenti un épuisement émotionnel en lien avec leur profession. La majorité a répondu oui autant parmi les français que parmi les roumains. Pour MGF1 la cause est le **manque de reconnaissance du patient**. Comme pour MGR5 sont **les exigences des patients**. Pour beaucoup MGR interviewés, une cause importante d'épuisement est **l'identification aux patients, le manque de barrière, l'annonce des pathologies graves** tout comme pour MGF1 et MGF12 où **le lien avec le patient, le trop d'affect** sont des causes essentielles d'épuisement. **La surcharge de travail et la fatigue** due à celle-ci restent autant pour les roumains que pour les français, un générateur d'épuisement émotionnel. Les événements personnels semblent aussi induire l'épuisement de deux côtés.

On note aussi des divergences, surtout des divergences au niveau du vécu que de l'opinion. Les MGF ont vécu des épuisements émotionnels dus à des **problèmes organisationnels** avec **licenciement du personnel**, à des **questionnements sur le sens du travail** ou bien un épuisement qui a fini par une grave **maladie** comme l'infarctus du myocarde. Les MGR vivent des épuisements émotionnels en lien avec **le problème de la succession, la pression due au système, le sentiment d'être démuné** face à certaines pathologies, **le manque de soutien de l'hôpital**.

La deuxième branche du trépied du burnout est le sentiment de déshumanisation de la relation à l'autre. Nous avons posé cette question. Si les médecins ont déjà eu le sentiment d'avoir travaillé sur un mode « déshumanisé ». Nous rencontrons plus souvent ce sentiment parmi les MGF que les MGR. Par contre certains MGR semblent ne pas avoir bien compris le terme de « travail sur un mode déshumanisé ». Pour certains MGF ainsi que pour certains MGR, ce sentiment de déshumanisation de la relation semble être en lien avec la **surcharge de travail**. Certains MG décrivent cette déshumanisation comme un travail par des **automatismes**, ou comme un **robot**, comme une **machine**.

MGF1 nous parle d'une **diminution de l'empathie** alors que MGF2 est dans un **excès d'empathie** proche de la fusion au patient. MGF6 et MGF13 nous parlent d'une **perte de l'écoute** à cause du temps donné au patient qui est de plus en plus court. Pour MGR3 le fait qu'il y a un manque de reconnaissance de son travail par le régime politique fait qu'il vit une déshumanisation du travail. MGF4 et MGF6 vivent ce sentiment de travail sur un mode déshumanisé assez souvent, comme à la fin de la journée et à la fin de la semaine.

Parmi les médecins qui nous ont dit ne pas avoir travaillé sur un mode déshumanisé, MGR8 explique ça par le fait d'avoir beaucoup des satisfactions dans son travail. Alors que MGF7 explique ça par la connaissance qu'il a du malade. Et MGF8 par l'empathie et le lien avec le malade. Alors que MGF10 ne parle pas de déshumanisation envers le malade mais parle d'agressivité vis-à-vis de celui-ci tout comme MGF14 parle d'une baisse de vigilance.

Et la troisième branche du trépied du burnout, l'accomplissement de soi au travail, nous avons essayé de l'évaluer à travers notre 5<sup>ème</sup> question en demandant aux médecins que s'ils ont déjà travaillé sur un mode déshumanisé, cela a-t-il été jusqu'à remettre en question leurs compétences, se sentir mauvais. La majorité des médecins français et roumains ont répondu oui.

Pour MGR2, MGR3, MGR5, MGR8 et MGR10 il s'agit d'une **remise en cause**, une **remise en question** personnelle qui se ressoude souvent par une autoformation permanente. MGF4, MGF6, MGF13 et MGF14 parlent aussi de la même remise en question. MGR6, MGF7 et MGF8 parlent de beaucoup de **formation continue** pour compenser la remise en question.

Les MGF donnent aussi d'autres exemples de situations dans lesquelles ont dû remettre en question leurs compétences. MGF1 parle d'un stress important en rapport avec le système informatique, surtout en lien avec les possibles erreurs de logiciel pendant la consultation. MGF2 parle des **difficultés en lien avec la partie organisationnelle** du MG. MGF3 et MGF11 parlent d'une **difficulté d'assumer leur rôle de médecin** tout comme MGF11 décrit aussi une **peur de ne pas être à la hauteur**, une anxiété. MGF6 nous parle d'une **culpabilisation**. MGR1 parle d'une situation de mise en question des compétences dans un contexte de travail aux urgences pour des raisons financières mais sans avoir la formation.

MGF1 et MGF2 disent aussi ne pas vivre cette remise en question des compétences dans leur relation directe avec le patient, en l'argumentant par la formation continue et par une exigence de soi permanente.

Nous avons cherché à connaître si les médecins ont vécu des situations difficiles et s'ils ont trouvé une **stratégie résolutive** pour les surmonter.

MGF3, MGF13 et MGR10 parlent de la solution du **travail sur RDV**. Sur cette stratégie de changement les opinions des MG français et roumains convergent.

Sur d'autres stratégies, leurs réponses sont différentes. Nous notons chez les MGF un **changement sur le rythme de travail** par le **refus de nouveaux patients**, le **refus des visites**, l'**adaptation des horaires**. Certains MGF parlent d'un **travail sur soi**, un **apprentissage du refus**. Tout comme d'autres qui ont appris à **déléguer les responsabilités**, ont instauré un **secrétariat** ou se sont mis en **association**. MGF8 nous parle de « **cibler l'essentiel** » ce qui lui permet d'avancer sans s'épuiser. MGF4 va prendre plus de **vacances** et de **weekends libres**.

Les MGR ont trouvé d'autres stratégies résolutives comme la formation supplémentaire pour un changement du lieu de travail. Ou bien MGR4 se trouve les moyens de se mettre moins la pression suite à un problème de santé personnel. MGR1 et MGR3 sentent la nécessité d'imposer une médecine réflexive aux patients et une nécessité d'adaptabilité de la réponse pour que tout le monde comprenne. MGR8 nous parle d'un changement qui a été général pour tous les MGR au moment où ils ont dû passer du régime de salarié hospitalier au régime du système de la sécurité sociale. MGR7 nous parle d'une pratique radicale au niveau du traitement qu'elle applique à ses patients.

Parmi les MG qui disent ne pas avoir changé quelque chose dans leur pratique, MGR6 nous dit ne pas avoir les moyens de changer quelque chose et MGF11 se considère à l'origine de tout problème dans son travail, prend un traitement antidépresseur mais n'a rien changé dans sa fonction de travailler.

Cherchant à savoir les possibles facteurs de stress chronique chez les médecins généralistes français et roumains, nous avons posé plusieurs questions concernant plusieurs potentiels facteurs de stress.

L'installation est un facteur qui peut être un facteur de stress pour les MG. Nous notons que pour la majorité des MGF comme pour la majorité des MGR c'en est un. Les MG parlent des **problèmes de gestion**, des **tâches administratives**, de la **comptabilité**, comme des facteurs de stress chez un médecin installé. Certains parlent aussi d'une **angoisse**, comme MGF3, angoisse en rapport avec la responsabilité qui repose sur un médecin installé. MGR2, MGR3 et MGR8 parlent aussi de l'angoisse, mais surtout l'angoisse en rapport avec le côté financier, le risque presque permanent de ne pouvoir couvrir les frais du cabinet. Les MGF parlent aussi d'une surcharge de travail qu'on retrouve chez le médecin installé. MGF5 parle du manque de préparation pour une installation. MGF7 et MGF8 affirment que le début de l'installation a été très stressant. Pour MGF2 et MGF7 on note aussi la notion de solitude due au manque de médecins, ce qui devient un problème pour les médecins installés.

Pour d'autres MG français et roumains, l'installation est vécue comme un point positif de la carrière surtout s'ils ont suffisamment de patients ou s'ils sont dans une bonne association.

Les conditions de travail peuvent être un facteur de stress chronique. Nous avons voulu connaître l'opinion de nos MG interviewés. Et nous notons que même si pour la majorité des MGF comme pour la majorité des MGR la réponse à notre question est affirmative, les raisons sont différentes, car les conditions de travail dans les deux pays sont différentes.

Pour les MGF, leurs conditions de travail sont un facteur de stress chronique car **la charge de travail et les horaires de travail** sont trop lourds. Ou bien **le manque de reconnaissance de la part des patients** et le fait d'avoir beaucoup **trop d'actes sur une journée**, stressent les MGF. Pour MGF1, le fait de travailler plus que les autres métiers est un facteur de stress. **Les gardes** sont un facteur de stress pour les MGF. MGF6 parle du **risque d'une maladie** personnelle ou dans sa famille et le fait que ses conditions de travail ne lui permettent pas un arrêt maladie.

Pour les MGR, les conditions de travail semblent un peu différentes mais le stress est aussi présent. Pour beaucoup des MGR interviewés **le logiciel de santé** imposé par la Caisse d'Assurance de Santé représente un facteur de stress important dû à beaucoup de problèmes informatiques qui peuvent apparaître sur une journée. MGR4 est stressé par **le côté financier** de son travail. MGR6 vit un **stress en lien avec les limites de son action thérapeutique**. Et MGR3 nous parle du stress créé par **les urgences** de la journée. Pour MGF7 le fait de ne pas retrouver une cohérence entre son travail et celui des médecins hospitaliers est un facteur de stress.

Les MGF et les MGR pour qui leurs conditions de travail ne sont pas un facteur de stress disent avoir une maîtrise du lieu et de leurs conditions de travail, être dans une bonne association.

Pour évaluer la sécurité du médecin à son lieu de travail et voir si le manque de celle-ci peut être un facteur de stress, nous avons posé la question « Est-ce-que vous vous sentez en sécurité à votre travail ? ». La majorité de MGF comme la majorité de MGR ont répondu oui. Mais il y a aussi des MGF et des MGR qui ont répondu non. Pour les MGF ce manque de sécurité a été souvent passager, en lien avec certaines **situations d'agressivité verbales** ou des **visites dangereuses**. MGF13 nous parle aussi d'un **sentiment de vulnérabilité** physique et psychique. Les MGR ont vécu aussi des situations d'agressions verbales. Ils nous parlent aussi d'une **sécurité financière** qui est assez absente du fait qu'ils sont limités à 20 consultations par jour. La notion de **logiciel médical problématique** et de **difficultés avec la Caisse** semble aussi avoir une répercussion sur le sentiment de sécurité au travail de MGR.

Pour certains MGF comme pour certains MGR les institutions en lien professionnel sont une source de stress. Nous notons que pour 8/10 MGR les institutions sont un facteur de stress alors que parmi les MGF que 8/15 ont répondu affirmatif.

Pour les MGR les institutions sont un facteur de stress chronique surtout du fait que **l'institution verse les salaires**, donc le **problème est centré sur la rémunération** et sur le côté aléatoire des revenus. Certains MGR ressentent même une injustice dans la manière dans laquelle ils sont rémunérés en fonction de la formation et de la pratique. Pour MGR9 le coté

du **contrôle administratif** est stressant alors que MGR6 nous parle de **demandes hors fonction de médecin**, comme la quête administrative concernant les patients. 3 MGR disent que les institutions sont un facteur de stress mais ils ne se prononcent pas plus. Pour les 2 MGR qui ont répondu non à la question nous retrouvons dans leurs réponses la notion de contrôle et de pénalités de la part des institutions. D'où la réponse du MGR8 qui parle d'une Société professionnelle qui défend leur profession.

Dans les réponses de MGF pour qui les institutions sont un facteur de stress nous notons que le stress est souvent en lien avec le **travail supplémentaire**, le temps considéré perdu par les MGF pour faire de **la paperasse**, ce qui majore le **stress** déjà présent. Certains MGF ont vécu des problèmes par rapport aux arrêts de travail qu'ils ont fait, ressentant donc une **remise en cause de leur travail**. MGF2 et MGF14 ne retrouvent **aucune aide de la part des institutions**. Les MGF pour qui les institutions ne sont pas un facteur de stress nous disent qu'«autant qu'ils sont dans le respect de la loi, la relation est bonne».

Le stress au travail peut jouer sur la vie personnelle, tout comme les problèmes dans la vie personnelle peuvent avoir des répercussions sur le travail.

Nous remarquons que plusieurs MGF ont répondu oui à cette question alors que plusieurs MGR ont répondu non. Certains MGF disent qu'il y a un lien et ce lien est positif. Par contre, pour une importante majorité de MGF, le lien est négatif car le stress du travail se traduit en **pleurs** et **agressivité** à la maison. Pour MGF5 et MGF9 nous retrouvons bien une notion **d'interaction entre la vie professionnelle et la vie personnelle**. Et pour MGF14 son travail signifie une **absence trop importante de la maison**. Pourtant certains MGF arrivent à bien faire la part de choses.

Plusieurs MGR semblent pouvoir faire la part de choses entre la vie professionnelle et la vie personnelle, par une **dichotomie**. Pour MGR10 uniquement le stress professionnel affecte la vie personnelle mais pas l'inverse. Et MGR2 nous dit bien que pour lui la famille est la source d'apaisement.

Pour une minorité de MGR interviewés, le lien existe. D'après MGR5, quand on travaille avec passion c'est difficile de faire la part de choses. Alors que MGR6 nous confie avoir sacrifié sa vie personnelle au profit de sa vie professionnelle.

Un **excès d'engagement** dans le travail peut entraîner un épuisement professionnel. Les MGF et les MGR interviewés ont répondu majoritairement oui. Pour les MGF l'excès d'engagement est souvent en lien avec la **charge du travail** et les **problèmes**. Mais ils cherchent des moyens de **détachement**. Pour les MGR, l'excès d'engagement est aussi présent et il peut aussi entraîner un épuisement professionnel. Mais certains MGR disent arriver à gérer leurs limites ou bien ne plus se poser ce type de question et avancer malgré l'épuisement. Certains MGF et certains MGR arrivent à ne pas être dans un excès d'engagement, en priorisant les urgences dans leur travail ou en refusant les gardes.

Nous avons aussi essayé de savoir ce que les médecins font pour limiter les facteurs de stress, les stratégies qu'ils appliquent. Nous leur avons donc posé la question.

9/10 MGR et 13/15 MGF nous ont fait part de leurs stratégies pour limiter les facteurs de stress. Certaines stratégies comme **le travail sur RDV, les vacances, « les soupapes »** et les stratégies d'évasion et de relaxation après le travail sont communes chez les MGF et les MGR. Nous retrouvons aussi des stratégies différentes. Certains MGF ont décidé d'**arrêter de faire des visites** ou bien ont décidé que lors d'une consultation ils vont essayer de **tout résoudre mais pas tout en même temps** ou bien **ils ont appris à limiter les demandes, à dire non**. D'autres MGF ont pris un **secrétariat, un comptable, le système informatique, le travail en association** ou bien **un jour de repos dans la semaine**. Certains MGR nous parlent de **la stratégie de l'éducation thérapeutique de ses patients, de la barrière dans l'implication auprès du patient, de l'humour dans la relation avec les patients, de la possibilité du refus de nouveau patient** ou de « choisir » ses patients.

Ceux qui nous n'ont pas parlé de leurs stratégies pour limiter les facteurs de stress, témoignent d'une persistance du stress dans leur travail.

## 7. CONCLUSION

Cette étude qualitative, basé sur des entretiens semi-dirigés avec quinze médecins généralistes français et dix médecins généralistes roumains nous permet de montrer l'existence de certaines convergences et divergences dans le vécu du stress au travail de ces professionnels de santé qui exercent le même métier dans deux pays différents, la France et la Roumanie.

Tous les résultats que nous avons retiré suite aux entretiens que j'ai eu avec chaque médecin, correspond bien à leur vécu quotidien, tel qu'ils l'ont partagé lors de notre rencontre. Chaque entretien s'est déroulé dans une bonne ambiance qui a permis l'installation d'un climat de confiance qui a facilité nos échanges et qui a permis aux médecins interviewés de partager leurs expériences.

Nous notons que la notion de « burnout » est connue par tous les médecins généralistes interviewés mais dans les réponses de médecins généralistes en Roumanie nous observons une difficulté de reconnaissance du burnout comme pathologie assimilé à une fatigue du fait qu'il y a un niveau de profondeur des symptômes proche de la dépression non reconnu par tous. Par contre, la majorité de médecins français ou roumains, a eu à nous raconter au moins un épisode de difficulté professionnelle difficile proche ou semblable à un burnout sans avoir forcément vécu un burnout.

Les causes du burnout sont les mêmes chez les MGF comme chez les MGR tout en notant de petites nuances qui donnent la touche de différence entre les deux pays. Car si pour tous les MG interviewés les conditions de travail sont un facteur de stress, nous remarquons, lors de nos entretiens, que pour les MGF il s'agit surtout des horaires de travail surchargés alors que pour les MGR c'est le stress créé par le logiciel de santé imposé par la Caisse et le manque de moyen thérapeutique et financier qui priment aux horaires de travail.

Ce qui nous a aussi beaucoup intéressé lors de notre étude est la protection individuelle que chaque MG s'accorde pour limiter et éviter le stress au travail et le burnout. Nous observons que chaque médecin, français et roumain, trouve de moyens pour prévenir le stress. Ils essaient tous à mieux adapter leurs horaires de travail, à mieux organiser leur temps de travail, à éduquer leurs patients et à se donner du temps pour des activités extra professionnelles et pour des vacances. Ils s'accordent tous des moyens pour mieux s'adapter au stress au travail et pour continuer à exercer cette profession qui est la leur et qui leur apporte beaucoup de satisfactions malgré toutes les contraintes.

Cette étude présente bien évidemment plusieurs biais. En premier lieu l'effectif restreint de participants à l'étude en est un. Ensuite, les difficultés rencontrées lors des entretiens avec de médecins généralistes en Roumanie se ressentent dans leurs réponses. Fort probablement à cause du système politique vécu dans ce pays les médecins n'osent pas se livrer complètement, n'ose pas critiquer.

Nous tenons à souligner que ne nous sommes pas intéressés aux étapes du développement personnel d'un burnout mais nous avons interrogé des médecins généralistes à

priori en bonne santé sur ce que pourrait être pour eux un burnout. A ce titre, l'importance de l'effet délétère du logiciel d'Etat chez les médecins roumains est un élément important.

Toutefois, grâce à l'analyse que nous avons pu faire aux réponses données par les MG interviewés, nous avons pu montrer que leurs réponses se retrouvent sous la même forme ou sous de formes fort similaires dans la littérature de spécialité.

Cette étude nous permet aussi de voir, à travers ces entretiens avec des gens qui exercent le même métier dans deux pays différents, que le stress au travail est présent et il a le même effet sur la santé physique et psychique de la personne en question même si les moyens de travail ne sont pas toujours les mêmes, les perceptions du stress sont différentes, la culture, la distance et la langue nous séparent.

## 8. BIBLIOGRAPHIE

1. Truchot D. Epuisement professionnel et burnout- Concepts, modèles, interventions. Dunod, Paris 2004.
2. Faes H. Le sens du travail. Transversalités. 2013 Jan 22;(120):25–37.
3. Canouï P., Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants- De l'analyse du burnout aux réponses. Masson, Paris, 1998.
4. Devillaine V. Burn-out: des médecins à l'écoute des médecins. Le Concours Médical No8. INITIATIVES. 2011 Oct 15;600.
5. Delbrouck M. Burn-out et médecine. Cah Psychol Clin. no 28(1):121–32.
6. Le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail - rapport\_SRPST\_definitif\_rectifie\_11\_05\_10.pdf [Internet]. [cited 2017 Jul 28]. Available from: [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf)
7. Canouï P. La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques. InfoKara. 2006 Nov 1;18(2):101–4.
8. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory. In.
9. Car & Med [Internet]. [cited 2017 Jul 28]. Available from: [http://carmed.fr/resilience\\_int2.htm](http://carmed.fr/resilience_int2.htm)
10. Bernier D. La crise du burnout- Comment vaincre le syndrome d'épuisement professionnel. 1994, Les Editions Internationales Alain Stanké; Pour la France:1995, Claire Vigne Editrice ed.
11. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout. 2:99–113(1981).
12. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart. L'introduction à la recherche qualitative. Exercer2008. (84(19)):142–5.
13. Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. (102):23–34.
14. Brami J. Une formation pour réduire le burn out des médecins. EPP Info N°39. 2009 Nov;
15. Andreani J, Conchon F. Méthode d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: état de l'art en marketing.
16. Roumanie [Internet]. Toute l'europe.eu. [cited 2017 Aug 11]. Available from: <http://www.touteleurope.eu/les-pays-de-l-union-europeenne/roumanie.html>
17. Politique en Roumanie. In: Wikipédia [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 11]. Available from: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Politique\\_en\\_Roumanie&oldid=134961823](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Politique_en_Roumanie&oldid=134961823)

18. Oancea C, Tudorache LD, Ciuvica MM. La médecine de sécurité sociale en Roumanie, Social insurance medicine in Romania. *Prat Organ Soins*. 2011 Dec 1;41(4):359–66.
19. Le régime roumain de sécurité sociale [Internet]. [cited 2017 Aug 11]. Available from: [http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_roumanie.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_roumanie.html)
20. La santé en Roumanie, Santé en Roumanie [Internet]. <http://www.expatriation.com/>. [cited 2017 Aug 11]. Available from: <http://www.expatriation.com/fr/guide/europe/roumanie/12286-la-sante-en-roumanie.html>
21. Fisa postului pentru medicul de familie.pdf [Internet]. [cited 2017 Aug 11]. Available from: <http://sanatate.5stars.ro/download/Fisa%20postului%20pentru%20medicul%20de%20familie.pdf>
22. Sistemul Informatic Unic Integrat pentru Sănătate din România (SIUI) [Internet]. SIVECO Romania. [cited 2017 Aug 11]. Available from: <http://www.siveco.ro/ro/despre-siveco-romania/studii-de-caz/sistemul-informatic-unic-integrat-pentru-sanatate-din-romania-siui>
23. Zawieja P. Clinique du burn out. *Que Sais-Je*. 2015 May 21;11–36.
24. Cathébras P., Begon A., Laporte S., Bois C., Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. 2004 Dec 18;N°22:33: 1569-74.
25. Zawieja P. Déterminants et facteurs de risque de burn out. *Que Sais-Je*. 2015 May 21;81–96.
26. Ricaud MM. Le groupe Balint a cinquante ans, The Balint Group is 50 years old. *Topique*. no 76(3):93–102.
27. Herzlich C. Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un « groupe Balint ». *Sci Soc Santé*. 1984;2(1):11–31.
28. Puddester D. The Canadian Medical Association’s Policy on Physician Health and Well-being. *West J Med*. 2001 Jan;174(1):5–7.
29. Galam E. E. Burn out des médecins libéraux Deuxième partie: une identité professionnelle remise en question. *Vie Prof Echanges Entre Prof. Médecine*,2007.
30. Despre SIUI | Portal CNAS-SIUI [Internet]. [cited 2017 Mar 27]. Available from: [http://siui.casan.ro/cnas/despre\\_siui](http://siui.casan.ro/cnas/despre_siui)
31. SNMF este cea mai mare si mai puternica societate profesionala medicala din Romania | Societatea Timiș de Medicina Familiei - STMF.ro [Internet]. [cited 2017 Mar 27]. Available from: <http://www.stmf.ro/snmf-este-cea-mai-mare-si-mai-puternica-societate-profesionala-medicala-din-romania/>
32. Esnard C, Faury B, Zylinski A. Burnout en contexte professionnel soignant : la valorisation sociale des explications causales en termes d’effort. *Cah Int Psychol Soc*. 2014 Jul 16;Numéro 102(2):233–58.

33. Ifediora C. Associations of stress and burnout among Australian-based doctors involved in after-hours home visits. *Australas Med J*. 2015 Nov 30;8(11):345–56.
34. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them. *Can Fam Physician*. 2008 Feb;54(2):234–5.
35. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008 Aug 1;25(4):245–65.
36. Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2013 Mar;63(608):e217–24.
37. Burn-out : le diagnostic médical est impossible [Internet]. [www.frequence medicale.com](http://www.frequence medicale.com). [cited 2016 Nov 28]. Available from: <http://www.frequence medicale.com/Fm-Journal/1811-Burn-out-le-diagnostic-medical-est-impossible>
38. Chapelle FG. Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux : burn out, bore out, stress chronique, addiction au travail, épuisement compassionnel. *J Thérapie Comport Cogn*. 2016 Sep;26(3):111–22.
39. Veysier-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *Rev Médecine Interne*. 2015 Apr;36(4):233–6.
40. Parent-Lamarche A, Marchand A. Travail et épuisement professionnel : le rôle modérateur des traits de la personnalité. *Psychol Trav Organ*. 2016 Sep;22(3):187–204.
41. Personne M. Trois origines d'épuisement professionnel. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2008 Oct;9(53–54):245–50.
42. Al-Shoraian GMJ, Hussain N, Alajmi MF, Kamel MI, El-Shazly MK. Burnout among family and general practitioners. *Alex J Med*. 2011 Dec;47(4):359–64.
43. Bria M, Spânu F, Băban A, Dumitrașcu DL. Maslach Burnout Inventory – General Survey: Factorial validity and invariance among Romanian healthcare professionals. *Burn Res*. 2014 Dec;1(3):103–11.
44. Dissanaïke S. How to prevent burnout (maybe). *Am J Surg* [Internet]. [cited 2016 Nov 28]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961016305700>
45. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Appl Prev Psychol*. 1998 Dec 1;7(1):63–74.
46. Chantrel G. Burn out: les médecins aussi! *Révue Prat- Médecine Générale*. 2015 Jun 12;N° 943:467.
47. Galam E., Dumas F-R. Oser dire “non” avec sérénité. *Révue Prat- Médecine Générale*. 2007 Nov 20;N°788:1079–80.
48. Amalberti R. Le médecin, seconde victime de l'erreur médicale. *Concours Méd*. 2012 Apr 11;N° 4:302–3.

49. Lemogne C. L'empathie en médecine, nécessaire mais non dénuée de risques. *Rev Prat.* 2015 Oct 20;N°8:1027–30.
50. Le Borgne C. Burn-out: un numéro vert pour aider les médecins. *Concours Méd.* 2005 Jun 1;N°21:1155–6.
51. Desgrees du Lou G. Burn-out: la région Rhône-Alpes mise sur la confraternité. *Concours Méd.* 2012 May 14;N°5:349.
52. Le Pennec A. Haute-Normandie: Médecins libéraux, prenez soin de votre santé! *Concours Méd.* 2012 Feb 13;N°2:96.
53. Bernard C. L'enjeu du stress. *Rev Prat.* 2009 May 17;N°5:608–12.
54. Barbier D. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. *Presse Médicale.* 2004 Mar 27;N°6:33: 394-8.
55. Hazif-Thomas C., Roulleaux J., Thomas P. Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au burn out de soignants? Elsevier Masson. 2009;251–5.
56. Casa Națională de Asigurări de Sănătate [Internet]. [cited 2017 Mar 27]. Available from: <http://www.cnas.ro/>
57. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII - Proiect Ordin Contract cadru 2016-varianta actualizata.pdf [Internet]. [cited 2017 Mar 27]. Available from: <http://www.cnas.ro/media/pageFiles/Proiect%20Ordin%20Contract%20cadru%202016-varianta%20actualizata.pdf>
58. Cyrulnik B, Seron C. La résilience ou comment renaître de sa souffrance. Fabert.
59. Andrew Shatte', PhD, Adam Perlman, MD, MPH, Brad Smith, PhD, and Wendy D. Lynch, PhD. The Positive Effect of Resilience on Stress and Business Outcomes in Difficult Work Environments. *JOEM.* 2017 Feb;59, Number 2.
60. Nedrow A., MD, MBA, Nicole A. Steckler, PhD,, and Joseph Hardman, MD. Physician resilience and burnout: Can you make the switch? *Fam Pract Manag* [Internet]. 2013 Feb; Available from: [www.aafp.org/fpm](http://www.aafp.org/fpm)
61. Cyrulnik B. Les âmes blessées. Odile Jacob. Paris; 2014.
62. Winckler M. La Maladie de Sachs. Gallimard. P.O.L éditeur; 1998.

## 9. ANNEXES

### Annexe 1 : LES QUESTIONS DE L'INTERVIEW AVEC LES MEDECINS

1. Qu'est -ce que représente pour vous le burnout professionnel ?
2. Vous êtes -vous déjà retrouvé en situation de difficulté professionnelle, proche de ce que pourrait être un burnout ?
3. Avez-vous déjà ressenti un épuisement émotionnel en lien avec votre profession de médecin ?
4. Avez-vous le sentiment d'avoir déjà travaillé sur un mode « déshumanisé », par exemple à la fin d'une longue journée de travail ?
5. Si oui, cela a-t-il été jusqu'à remettre en question vos compétences : „vous ressentir mauvais“ ?
6. Est-ce-que suite à diverses situations difficiles y a-t-il eu un changement de stratégie dans votre pratique, une nouvelle façon de travailler ?
7. Est-ce-que l'installation a représenté ou représente encore pour vous un facteur de stress ? (La crainte de ne pas avoir assez de patients/Les éventuels contraintes financières)
8. Est-ce-que vos conditions actuelles de travail peuvent être pour vous un facteur de stress chronique ? (les horaires de travail, le système informatique...)
9. Est-ce-que vous vous sentez en sécurité à votre travail ?
10. Est-ce-que les institutions en lien professionnel sont source de stress ? La CPAM, l'ARS, l'HAS ?
11. Votre vie personnelle joue-t-elle sur votre stress au travail et inversement quel lien faites-vous entre la vie personnelle et le stress au travail ?
12. Est-ce-que l'excès d'engagement dans votre travail est susceptible d'entraîner un épuisement professionnel ?
13. Avez-vous mis en place des stratégies pour limiter les facteurs de stress ? Pouvez -vous me donner des exemples ?

**Annexe 2. ENREGISTREMENTS DES INTERVIEWS AVEC LES MEDECINS  
(fichiers M4A sur CD)**

**Annexe 3. TRANSCRIPTION DES INTERVIEWS AVEC LES MEDECINS  
(documents Word sur CD)**

---

## **RESUME DE LA THESE**

Le burnout touche de plus en plus le monde du travail et surtout le monde des soignants. Nous parlons plus couramment des risques psychosociaux. D'après les statistiques la branche la plus touchée reste toujours la médecine générale.

Nous nous intéressons à retrouver les facteurs de stress chronique évoqués par les médecins généralistes français et roumains, choisis au hasard en France et en Roumanie, lors des entretiens semi-dirigés avec chacun d'entre eux. Les thématiques abordées lors des entretiens sont : les caractéristiques du burnout, la possibilité d'un changement de stratégie dans la pratique des médecins suite à un burnout ou pour s'en protéger ; la description des stratégies pour limiter les facteurs de stress.

Le but de notre étude est de rechercher et explorer les risques de burnout et l'importance de la prévention chez les médecins généralistes.

La réalité existante dans les deux pays nous intéresse pour connaître s'il y a une convergence et une divergence de vécu et/ou d'opinion.

Nous notons que dans les deux pays la notion de burnout est connue mais le vécu, qui est en rapport avec les risques psychosociaux, est légèrement différent. Pour les médecins généralistes en France le stress est fortement lié à la charge de travail, aux responsabilités, aux inconvénients qui touchent à la vie personnelle, alors que pour les médecins généralistes en Roumanie le stress sera plus souvent en lien avec les contraintes imposées par la Caisse et le déficit financier.

Cette étude nous permet aussi de voir que le stress au travail est présent et il a le même effet sur la santé physique et psychique de la personne en question même si les moyens de travail ne sont pas toujours les mêmes, les perceptions du stress sont différentes, la culture, la distance et la langue nous séparent.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Assessment of stress at work, its contributing factors and the coping strategies of French general practitioners versus Romanian general practitioners. Semi-structured interviews qualitative study.

---

**THESE :** MEDECINE GENERALE- ANNEE 2017

---

**MOTS CLEFS :** stress au travail, burnout, médecine générale, France, Roumanie

---

**INTITULE ET ADRESSE :**

UNIVERSITE DE LORRAINE  
Faculté de Médecine de Nancy  
9, Avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex

---