



Année 2016

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Lauranne BLOCH

Né(e) le 05 Mars 1986 à Blois (41)

TITRE

Stratégies de prévention du burn out proposées par des médecins généralistes d'Indre-et-Loire

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2016 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Wissam EL HAGE, Psychiatrie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury : Professeur François LABARTHE, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, Faculté de Médecine - Tours

Directeur de thèse : **Docteur Claire LE LANN, Médecine Générale - Tours**

RESUME

Introduction : Le burn out est un syndrome d'épuisement professionnel. Il peut être défini par trois symptômes : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, la diminution de l'accomplissement professionnel. Chez les médecins, la prévalence des différentes dimensions du burn out varient de 20 à 50%. Les médecins étant un groupe professionnel particulièrement atteint par ce syndrome, la prévention est donc un point essentiel. Le but de l'étude est de voir ce que les médecins proposent pour prévenir le burn out.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative a été réalisée par entretien semi-dirigé auprès de médecins généralistes installés en libéral dans l'Indre-et-Loire. Les médecins étaient recrutés selon l'âge, le sexe, le nombre d'années d'installation, le lieu d'installation. Les entretiens étaient enregistrés, puis retranscrits et anonymisés pour être codés via le logiciel NVivo 11®.

Résultats : 12 entretiens ont été réalisés entre janvier et juin 2016. Les causes et les conséquences de burn out évoquées pouvaient trouver des solutions de prévention. Parmi elles, des moyens de prévention ont été proposés au niveau personnel (travail sur soi, savoir dire non), au niveau des conditions d'exercice (aide administrative, travail en groupe, diversification de l'activité, adaptation de l'emploi du temps, maîtrise de stage), au niveau médical (prise en charge psychologique et médicale des médecins, structures de soins dédiées, médecine du travail), au niveau financier (remise en cause de la cotation à l'acte, dédommagement en cas d'arrêt, aides à l'installation), au niveau de la relation médecin-patient (amélioration communication avec le patient, parler de ses erreurs), sur le partage de leur expérience sur leur exercice et sur le burn out (groupe de parole, formations sur le burn out, formations pendant l'internat). Les mesures existantes étaient souvent méconnues des médecins. Leur expérience du burn out était soit personnelle, soit vécue par des confrères ou vue au cours de l'internat.

Conclusion : Des moyens de prévention du burn out sont possibles. Certaines mesures évoquées sont déjà existantes mais méconnues des médecins. L'information sur les solutions actuelles et où s'adresser si besoin paraît nécessaire. Des pistes de prévention pendant l'internat ou la mise en place d'une médecine du travail pourrait être envisagées.

Mots clés : Prévention, burn out, syndrome d'épuisement professionnel, médecin généraliste

SUMMARY

Introduction: Burnout is a job pathology. It can be defined through three symptoms: emotional exhaustion, depersonalization, reduced professional achievement. Among physicians, the prevalence of the different dimensions of burnout varies from 20 to 50%. Physicians are a professional group particularly affected by this syndrome, prevention is therefore essential. The purpose of the study is to see what the physicians suggest to prevent burnout.

Materials and Methods: A qualitative study was carried out by semi-structured interviews with GPs installed in liberal in the Indre-et-Loire. Physicians were recruited according to age, sex, number of years of installation, working localization. The interviews were recorded and then transcribed and anonymised to be encoded via 11® NVivo software.

Results: 12 interviews were conducted between January and June 2016. The causes and consequences of burnout mentioned could find preventive solutions. Among them, prevention means have been proposed at the personal level (working on yourself, say no), at the exercise conditions (administrative support, group work, business diversification, adaptation of employment time, more intership with general practitioners), the medical level (psychological and medical care of doctors, dedicated care settings, occupational medicine), financially (questioning of remuneration, compensation in case of stop installation aids), at the physician-patient relationship (improving communication with the patient, talking about his mistakes), sharing their experiences on their exercise and the burnout (support group, training on burnout, training during the internship). The existing measures were often ignored by physicians. Their experience burn out was either personal or experienced by colleagues or view during the internship.

Conclusion: burnout prevention means are possible. Some measures mentioned are already existing but ignored by physicians. Information on current solutions and where to go if need appears necessary. Tracks prevention during the internship or the establishment of an occupational health could be considered.

Key word: burnout, general practitioner, general physician, prevention

UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr. André GOUAZE – 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline	Médecine interne, gériatrie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne, gériatrie

MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAÏSSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David.....Physiologie
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne.....Cardiologie
BERTRAND Philippe.....Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle.....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès.....Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON Antoine.....Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....Immunologie
HOURIOUX Christophe.....Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 968
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 968
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle.....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A M. le Pr EL HAGE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie.
Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A M. le Pr LABARTHE,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A M. le Pr LEBEAU,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Mme le Dr Claire LE LANN,

Merci à toi d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta disponibilité, ta patience et ta gentillesse. Merci pour ton accompagnement lors de ce travail et au cours de mes études.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à cette thèse,
Merci d'avoir répondu avec sincérité et d'avoir pris le temps de me recevoir.

A mes relectrices et traductrice,

Marie, maman, Jany, Jo, merci d'avoir pris le temps !

A mes professeurs et maîtres de stage, toutes les équipes avec lesquelles j'ai travaillé,
Et tout particulièrement à Nathalie, merci pour ton enseignement et nos échanges riches et passionnants qui ont fait en partie le médecin que je suis.

Aux médecins que je remplace,

Merci de votre confiance. Vincent, Frédérique, Odile, Thierry et Dominique, merci pour votre accueil, courage, je sais que ce n'est pas facile tous les jours !!!

A mes co-internes,

Notamment Alex et Virginie, merci pour ce 1^{er} semestre et à nos trajets en voiture !

A mes amis de toujours,

Jo, Flo, Nouf et Cam, pour tous ces moments partagés, à avoir grandi ensemble, j'espère que vous serez encore à mes côtés longtemps.

A mes amis de lycée, de la fac,

Merci d'être là pour moi, pour nos soirées, nos grains de folie et pour me supporter ! J'espère que vous réussirez à tenir encore longtemps !!

A Aurore pour ton soutien sans faille dans nos épreuves de vie, ton amitié m'est précieuse et j'espère que nos routes seront toujours liées.

A Jany,

Merci d'être toi et je suis ravie d'avoir fait cette belle rencontre qui, je le souhaite, durera le plus possible.

A ma famille,

A mes parents, merci d'avoir toujours été là, de m'avoir soutenu dans cette voie, pour votre amour et l'éducation que vous m'avez donné.

A ma sœur et mon frère, pour votre amour et votre attention, merci de veiller sur moi.

A mon Bonnet, ma sœur de cœur, pour être là et être toi.

A mon Chacha, je suis très fière de toi.

A ma belle famille,

Merci pour votre accueil et votre bienveillance.

A Jean-Pierre et Marie-Claire, merci d'avoir été toujours là et de m'avoir accueilli comme votre fille, vous êtes dans mon cœur.

A Benji,

Mon amour, pour ton soutien quotidien, pour être là, pour tout ce que tu m'apportes et pour nos projets à venir. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE.....	14
I. INTRODUCTION.....	15
II. MATERIELS ET METHODES.....	17
II.1. Recherche bibliographique.....	17
II.2. Méthodologie de l'étude.....	17
√ Type d'étude	17
√ Population étudiée.....	17
√ Recrutement et stratégie d'échantillonnage	18
√ Mode de recueil des données	18
III. RESULTATS.....	19
III.1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens	19
II.2. Définition du burn out.....	21
III.3 Causes du burn out	23
III.3.1. Schéma récapitulatif.....	23
III.3.2. Les causes personnelles	24
√ La personnalité du médecin	24
√ La propre exigence de soi, le manque de confiance en soi.....	24
√ Le dépassement des limites	24
√ Manque de reconnaissance	25
√ Insatisfaction au travail	25
√ Peur du manque de travail.....	25
√ Problèmes personnels.....	26
√ Le sexe du médecin	26
III.3.3 Conditions générales d'exercice / organisation du système de soins.....	26
√ Démographie médicale	26
√ Formations	27
√ Complications administratives des prescriptions médicales.....	27
√ Pression de la Sécurité Sociale	27
III.3.4. Conditions d'exercice individuel.....	27
√ L'administratif	27
√ Coups de téléphone des patients ou secrétaires	28
√ Difficulté à prendre du repos	28
√ Distance domicile-travail.....	28
√ Gardes	28
√ Imprévu de journée.....	29
√ Manque de temps	29
√ Pression du métier, obligation de résultats	29
√ Relation avec les confrères	29
√ Surcharge de travail	30
III.3.5 Causes financières.....	30
√ Mode de rémunération.....	30
√ Problèmes financiers.....	30
III.3.6 Causes médicales.....	30

√	Déni de la maladie du médecin	30
√	Excès de stress.....	31
√	Manque de prise en charge médicale du médecin	31
√	Pathologie médicale	32
III.3.7	Relation au patient	32
√	Exigence des patients	32
√	Erreur médicale ou peur de l'erreur médicale	33
III.4	Conséquences du burn out	34
III.4.1	Schéma récapitulatif.....	34
III.4.2.	Conséquences sur le travail	35
√	Arrêt d'activité, hospitalisation	35
√	Remise en question, reconversion	35
III.4.3.	Conséquences physiques	35
√	Maladies, somatisation	35
√	Accidents de la route.....	35
III.4.4.	Conséquences psychologiques	36
√	Addictions, prise de toxiques	36
√	Agressivité, perte de patience.....	36
√	Dépression, suicide	36
√	Dévalorisation de soi	37
√	Difficulté à la prise de recul sur soi	37
√	Insensibilité affective	37
√	Troubles du sommeil.....	37
III.4.5.	Déséquilibre vie privée/vie professionnelle	38
III.5.	Expériences du burn out.....	38
III.5.1.	Expériences personnelles	38
III.5.2	Expériences de collègues.....	38
III.5.3.	Burn out des internes	39
III.6.	Solutions de prévention du burn out	40
III.6.1.	Schéma récapitulatif.....	40
III.6.2.	Solutions sur le fonctionnement personnel	41
√	Distance vis-à-vis du patient	41
√	Affirmation de sa personnalité.....	41
√	Différence vie personnelle/professionnelle	42
√	Environnement familial	42
√	Etre à l'écoute de soi.....	42
III.6.3	Solutions sur les conditions générales d'exercice	42
√	Faciliter l'installation des médecins	42
√	Favoriser les stages en médecine générale.....	43
√	Informatisation des professionnels médicaux	43
√	Faire des formations	43
√	Soins coordonnés	44
III.6.4.	Solutions sur les conditions d'exercice individuelles.....	44
√	Adaptation de l'emploi du temps.....	44
√	Aide à la gestion administrative, secrétariat.....	44
√	Bonne tenue du dossier médical.....	45
√	Diversification de l'activité	45
√	Faciliter les remplacements	45
√	Limiter la patientèle	46

√	Regroupement de professionnels	46
√	Maitre de stage	46
√	Prendre du temps libre	46
√	Règlement intérieur entre professionnels	47
III.6.5	Solutions médicales.....	47
√	Plate forme téléphonique	47
√	Prise en charge psychologique du médecin	47
√	Structure de soins pour les médecins	47
√	Traitement médicamenteux.....	48
III.6.6.	Solutions financières	48
√	Aide à l'installation.....	48
√	Dédommagement en cas d'arrêt	48
√	Remise en cause de la cotation à l'acte	48
III.6.7.	Parler de son exercice et du burn out.....	49
√	Groupe de paroles de médecins généralistes	49
√	Informé sur le burn out.....	49
√	Informé sur le burn out et la prévention pendant l'internat.....	49
III.6.8.	Solutions dans la relation avec le patient.....	50
√	Désacralisation du rôle du médecin	50
√	Formation sur la communication avec le patient.....	50
√	Parler de ses erreurs au patient	50
√	Règlement entre patient et médecin	50
III.6.9.	Méconnaissances des solutions existantes	51
IV.	DISCUSSION.....	52
IV.1.	Forces et faiblesse de l'étude	52
IV.2.	Discussion des résultats	52
IV.2.1.	Définition du burn out.....	52
IV.2.2.	Amélioration des facteurs individuels liés au burn out.....	53
IV.2.3.	Amélioration des conditions d'exercice	55
IV.2.4.	Prise en charge médicale à améliorer	57
IV.2.5	Aides financières	58
IV.2.6.	Améliorer la relation médecin-patient.....	59
IV.2.7.	Parler du burn out et de son exercice professionnel	61
IV.2.8.	Pistes à approfondir	61
CONCLUSION		62
BIBLIOGRAPHIE.....		63
ANNEXES		67

GLOSSAIRE

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

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

APSS : Association Pour les Soins aux Soignants

ARS : Agence Régionale de Santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CESP : Contrat d'Engagement Service Public

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DGTPE : Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

ROSP : Rémunération d'Objectifs de Santé Publique

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I. INTRODUCTION

Le terme de burn out a été introduit par Freudenberg, psychologue et psychothérapeute américain, mais ce sont les travaux de Christine Maslach,(1) psychologue social, qui, plus tard, vont permettre de préciser la symptomatologie de ce processus d'épuisement professionnel. Il peut être décrit comme un « *écartèlement entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent faire. Il représente une érosion des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté une érosion de l'âme humaine. C'est une souffrance qui se renforce progressivement et continûment, aspirant le sujet dans une spirale descendante dont il est difficile de s'extraire... Qu'arrive-t-il lorsque le burnout vous gagne? En fait, trois événements surviennent: vous vous sentez chroniquement épuisé; vous devenez cynique et vous vous détachez de votre travail; et vous vous sentez de plus en plus inefficace dans votre job* »(1).

Ce syndrome peut être défini par trois symptômes d'intensité proportionnelle au burn out, qui sont :

- L'épuisement émotionnel, physique et psychique, qui entraîne une fatigue intense, non soulagée par le repos
- La dépersonnalisation : la personne devient négative vis-à-vis de son travail, de ses patients, de ses collègues, pouvant aller jusqu'au cynisme voire au désengagement
- La diminution de l'accomplissement personnel : le sentiment d'être inefficace dans son travail se traduit par une diminution de l'estime de soi

Le degré de burn out peut être mesuré grâce au Maslach Burn out Inventory (MBI) (ANNEXE 1). Cet outil, composé de 22 items, permet de coter chacun d'eux et ainsi en fonction du score obtenu, évaluer l'intensité des symptômes.

Sur différentes études menées dans des régions françaises (Bourgogne, Champagne Ardennes, Ile de France, PACA, Loire) (2-6) , la prévalence des différentes dimensions du burn out varie de 20 à 50%. Cependant, 1 à 5% des médecins présentent un syndrome complet d'épuisement professionnel (4,5). Comparés aux autres groupes professionnels (infirmiers, travailleurs sociaux, sapeurs pompiers, aides soignants), les médecins ont un taux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation plus élevés (3).

Les facteurs déterminants du burn out ont fait l'objet de nombreuses recherches. Ils peuvent être d'ordre personnel, professionnel, médical. Une étude parue en 2009 a notamment montré que l'iniquité de la relation médecin patient, c'est-à-dire la sensation d'inégalité et de donner plus que de recevoir de la part des médecins, pouvaient augmenter leur épuisement émotionnel.(6) Les conséquences sont une altération de la relation médecin patient, une souffrance du soignant (2), pouvant aller jusqu'aux idées suicidaires. Sur une étude épidémiologique faite dans le Nord Pas-de-Calais, un médecin sur 4 déclare avoir déjà présenté des idées suicidaires dans sa carrière (7)

Devant la fréquence de ce syndrome, et en tant que futur médecin libéral, il m'est apparu essentiel de savoir comment prévenir le burn out afin de pouvoir vivre ma vie professionnelle le plus sereinement possible.

Peu d'études ont été menées sur la prévention du burn out. En 2015, la thèse réalisée par Zaïneb OUHMICH montre que la solution principale plébiscitée par les médecins généralistes est l'amélioration du suivi médical régulier (8). L'étude faite par l'URML d'Ile de France auprès des médecins libéraux (2) montre que les 2 solutions à mettre en place seraient l'amélioration de la protection sociale et une meilleure définition de la nature et des limites de la responsabilité du médecin. Sur cette dernière, les solutions étaient soumises aux médecins via un questionnaire et non en entretien semi-dirigé.

L'objectif de mon travail est donc de voir comment le burn out pourrait être prévenu chez les médecins généralistes. La question de ce travail est : quelles stratégies, existantes ou à mettre en place, permet de prévenir le burn out des médecins généralistes de l'Indre-et-Loire ?

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée en langues française et anglaise à partir de :

Bases de données internautes :

- Medline (site de la National Library of Medicine de Pubmed).
- Sciences direct.
- CISMeF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française).
- SUDOC (Service de Documentation Universitaire).
- Revues en lignes via le Service Commun de Documentation de l'université de Tours.

Moteurs de recherche : Google, Google Scholar.

Littérature grise :

- Bibliographies des articles collectés.
- Thèses et mémoires.

Les recherches de littératures francophones ont été principalement réalisées à partir des mots clés suivants : « burn out médecin », « prévention burn out médecin », « burn out », « épuisement professionnel médecin »

Les recherches de littératures anglo-saxonnes ont été réalisées à partir des mots-clés suivant : « burnout general practitioner », « prevention burnout », « prevention burnout general practitioner »

II.2. Méthodologie de l'étude

✓ Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes de l'Indre-et-Loire par le biais d'entretiens semi-dirigés.

✓ Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre médecin généraliste installé
- Exercer en libéral
- Exercer dans l'Indre-et-Loire

✓ **Recrutement et stratégie d'échantillonnage**

Les médecins ont été recrutés par le biais de connaissances directes, par recherche dans les Pages Jaunes ou de proche en proche.

Une stratégie d'échantillonnage en « variation maximale » a été utilisée pour la sélection des participants, le but étant d'avoir une diversité de l'échantillon sur : l'âge, le sexe, le nombre d'année d'installation, le lieu d'installation (urbain, semi-rural, rural), le mode d'exercice (seul, en cabinet, en maison médicale).

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone. Je leur expliquais le sujet de l'étude et les modalités de l'entretien. Nous convenions alors d'un rendez-vous, le choix du lieu et de la date étant laissé au médecin généraliste. Afin d'avoir le temps nécessaire à l'entretien, je leur demandais de réserver une plage d'une demi-heure à une heure.

✓ **Mode de recueil des données**

Le mode de recueil de données qualitatives le plus adapté pour répondre à la question de recherche était l'entretien individuel, semi-directif. Le principe était de s'entretenir en face à face avec le médecin et de le laisser s'exprimer sur les différentes questions que je leur posais.

Un guide d'entretien (ANNEXE 2) a été élaboré à la suite des recherches bibliographiques sur le sujet et permettait le déroulement des entretiens. Il a été utilisé comme trame souple en fonction du discours du médecin. Des questions de relance étaient prévues si le médecin ne comprenait pas ou n'abordait pas certains éléments. A la suite du premier entretien, le guide a été réajusté. Il comportait cinq thèmes principaux :

- La présentation du médecin interviewé
- La définition du burn out, les causes et conséquences possibles
- Le ressenti du médecin dans sa pratique, la gestion de sa vie personnelle et professionnelle
- Les mesures personnelles mises en place pour prévenir le burn out
- La prévention du burn out

Le jour de l'entretien, je leur faisais une brève présentation de mon parcours, de l'étude, du déroulement des entretiens et du principe d'anonymat. L'entretien était enregistré par dictaphone. Il était ensuite retranscrit dans son intégralité sur Microsoft Word ® et codé en utilisant le logiciel QSR NVivo 11®.

Une triangulation a été effectuée sur les deux premiers entretiens par moi-même et ma directrice de thèse.

Les entretiens ont été effectués jusqu'à saturation des données, confirmée par deux entretiens supplémentaires.

III. RESULTATS

III.1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Douze entretiens semi-directifs ont été réalisés entre le 13 janvier et le 11 juin 2016. Les entretiens ont duré entre 31 minutes et 1heure 25, avec une moyenne de 50 minutes.

Six hommes et six femmes ont participé à l'étude. Les âges des participants variaient entre 31 et 62 ans.

Trois médecins exerçaient en milieu urbain, quatre en semi-rural, cinq en rural.

Le nombre d'années d'installation variait entre un et vingt-quatre ans.

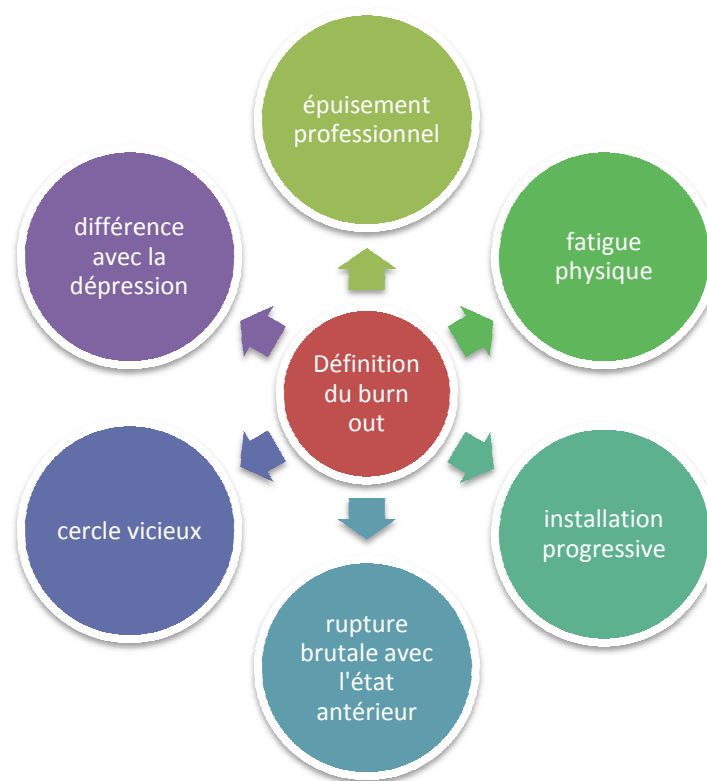
Les caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau suivant (TABLEAU 1)

Lors des contacts téléphoniques, deux médecins ont refusé l'entretien : l'un a évoqué le fait de ne rien avoir à dire sur le sujet, et le deuxième par manque de temps à consacrer pour l'entretien. Deux médecins n'ont pas donné suite aux appels (messages laissés au secrétariat).

Médecin n°	SEXE	AGE	Nombre années installation	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	TEMPS INTERVIEW	SECRETARIAT	Maître de stage
1	FEMME	33	4	cabinet	Urbain	0:44:13	téléphonique	non
2	HOMME	56	24	maison médicale	Rural	01:25:17	sur place	oui
3	FEMME	48	2	seule	Rural	00:54:03	aucun	non
4	FEMME	31	1 AN ET DEMI	cabinet	Semi rural	00:48:47	sur place	non
5	FEMME	53	21	cabinet	Semi rural	00:42:04	sur place	non
6	HOMME	54	23	cabinet	Rural	00:52:34	téléphonique	non
7	HOMME	50	15	cabinet	Semi rural	01:03:21	sur place	non
8	FEMME	62	14	seule	rural	00:46:12	aucun	non
9	HOMME	32	1	cabinet	Semi rural	01:03:28	sur place	non
10	HOMME	39	6	cabinet	urbain	00:31:52	téléphonique	non
11	FEMME	54	24	maison médicale	rural	00:41:32	sur place	non
12	HOMME	47	10	cabinet	urbain	00:46:14	téléphonique	non

Tableau 1 Caractéristiques des médecins

III.2. Définition du burn out



- Le burn out est défini comme un **épuisement professionnel** (M1, M2, M5, M6, M7, M8, M9, M12)

M5 : c'est que tous les symptômes que tu ressens, à cause de ce burn out, parce qu'il est en général professionnel, si t'enlèves la cause, qui est la profession, tout s'arrange. A la différence d'une dépression grave, t'enlèves la cause mais il est toujours aussi déprimé.

M7 : c'est... une espèce de débordement, voilà, si on parle du burn out lié à la profession.

M9 : bah pour moi c'est un syndrome d'épuisement professionnel.

- Il peut se traduire par une **fatigue physique** (M1, M7, M9, M12)

M1 : je pense qu'à la base c'est la fatigue physique

- Ce syndrome **s'installe progressivement**. Au fur et à mesure, des signes de burn out apparaissent, comme la fatigue. (M1, M3, M12)

M1 : au fil du temps de stress, d'anxiété, de fatigue physique, de fatigue morale qui fait qu'au bout d'un moment un jour on arrive à : le premier matin on est fatigué, le 2^e matin on est fatigué et le 3^e matin on se lève plus quoi.

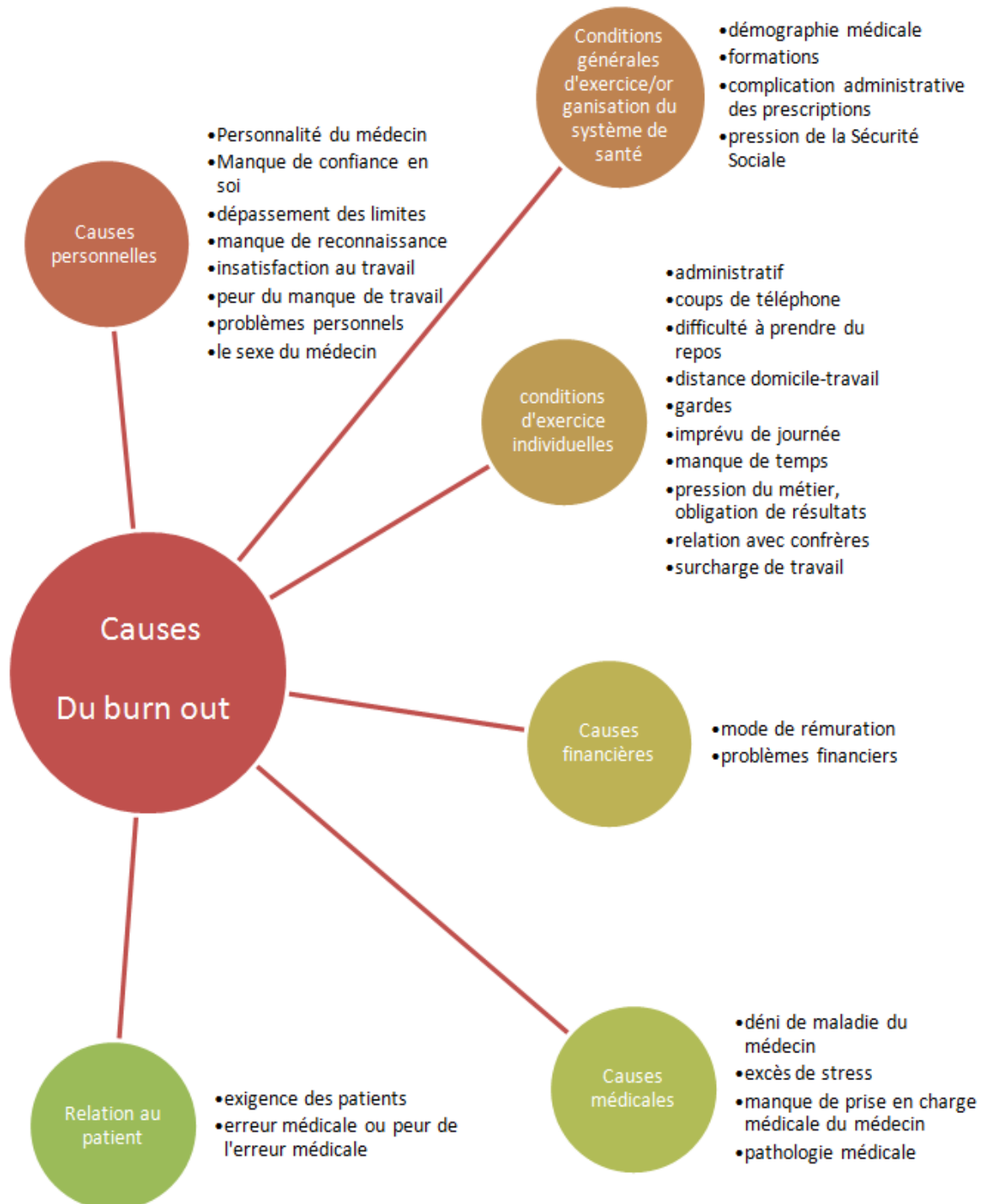
M3 : C'est un petit peu, un petit peu, tous les jours, pendant des années, des années, et puis au bout d'un moment...

M12 : si tu veux au fur et à mesure la personne s'use

- **La rupture avec l'état antérieur** arrive de façon brutale. Si l'installation de ce syndrome est progressive, les médecins décrivent une répercussion empêchant du jour au lendemain la possibilité d'exercer leur activité (M1, M4, M5, M12)
M4 : Pour moi ça arrive du jour au lendemain, on se rend pas forcément compte à quel moment on peut tomber en burn out(...) Pour moi, c'est un claquage dans la vie professionnelle quoi.
M5 : et le burn out (...) c'est ne pas écouter[les signes ndlr], jusqu'au jour où tu dépasses le truc c'est une espèce de déclic
- Les médecins rentrent dans un **cercle vicieux** (M1, M2, M4, M7)
M1 : du coup de trop m'investir va tuer mon investissement(...) je trouve qu'on rentre vite dans un cercle vicieux
M4 : puis après il [collègue médecin] dormait plus, ça a été le cercle vicieux, il dormait plus il était de plus en plus anxieux, il n'était plus concentré, en fait c'était un enchaînement de choses
- **Une différence ou une analogie est faite entre burn out et dépression** (M2, M12)
M2 : Mais je ne sais pas si on peut faire une analogie directe entre la dépression et le burn out (...) je ne sais s'il y a un lien entre les 2, ou si tout simplement le burn out n'est pas une dépression liée à une surcharge de travail. Tout simplement.
M12 : Un syndrome anxieux qui se transforme entre guillemets en syndrome dépressif. Je suis pas sûr que le burn out soit une dépression

III.3 Causes du burn out

III.3.1. Schéma récapitulatif



III.3.2. Les causes personnelles

✓ La personnalité du médecin

- Pour certains, leur éducation personnelle ou la vision qui leur a été inculquée pendant leurs études leur ont donné une image du médecin disponible, avec un sens du devoir vis-à-vis de leurs patients (M3, M6, M7, M9)

M6 : on a fait le choix parce que c'était notre culture, et parce que c'est notre culture personnelle, parce qu'on nous l'a inculqué, et parce qu'on s'est fait bouffer, on... on est très impliqué dans notre travail

M9 : il y a quand même un conflit de génération, et euh, très souvent, on entendait nos chefs dire « oh bah moi, quand j'étais interne, on faisait 3 gardes d'affilée, on était des hommes des vrais, vous êtes des lopettes ». Alors que c'est faux. (...) Mais y a quand même cette culture de j'en ai chié, faut que t'en chie.

M11 : Le problème il est pas là, il est intérieur (...) Donc je pense que l'autre prenait de toute façon une dimension plus importante

- Travailler peut donner un prestige, une reconnaissance sociale. (M9)

M9 : le piège(...) c'est que ça devient grisant. (...) on traverse les couloirs quand on est appelé, la blouse qui prend le vent, voila non mais c'est grisant. La blouse c'est presque une cape dans ces cas là, de super héros.

✓ La propre exigence de soi, le manque de confiance en soi

- Le manque de confiance en soi pour certains médecins entraîne une remise en cause fréquente de leur exercice, entraînant du coup une exigence accrue vis-à-vis d'eux-mêmes (M5, M7, M11)

M5 : Mais c'est notre propre exigence je pense. Ça c'est nous même. C'est-à-dire que c'est un manque de confiance en soi, et peur de mal faire

M7 : c'est plus une remise en question permanente, du genre qu'est ce que j'ai fait, pourquoi, tu vois c'est débile, des questions qu'on peut se poser après 15 ans d'installation alors qu'on travaille trop.

M11 : et puis pour ma part, enfin je vais dire personnellement, c'est mon manque de confiance en moi. C'est-à-dire l'estime de moi...

✓ Le dépassement des limites

- Le fait de manquer d'écoute de soi entraîne un dépassement de ses limites et empêche de voir les signes annonciateurs (M1, M3, M6, M7, M11, M12)

M1 : c'est de sentir ses limites, et quand on les sent plus on se laisse embarquer dans des choses

M3 : J'ai un collègue à VILLAGE 4, (...) il bosse jusqu'à 11h le soir. (...) C'est n'importe quoi, on pourrait travailler euh.. la nuit aussi y a toujours des patients, il suffit de dire oui.

M4 : si nous en sommes, mon associée et moi, venus là, c'est qu'on a eu la faiblesse de ne pas savoir se protéger suffisamment

M7 : non mais les années passant, tu rogues. Tu vois avant je terminais tard c'était 9h maintenant quand je rentre tard c'est minuit donc euh...

M11 : pour arriver au burn out, ça veut dire qu'il faut pas du tout écouter, faut pas du tout s'écouter(...). Parce qu'il y a des alarmes hein. Faut pas du tout voir les voyants rouges

✓ **Manque de reconnaissance**

- Les médecins ne se sentent pas reconnus dans leur profession, pour des raisons variées. Tout d'abord ils ressentent un manque de reconnaissance de la part de leurs patients (M4, M7, M12)

M4 : c'était un ras le bol de la non reconnaissance de ses patients. C'est-à-dire qu'elle avait l'impression de donner, donner, donner, et puis qu'elle avait rien en retour. Donc ça, elle le vivait très mal, et oui elle a craqué.

M7 : Mais des fois ça te blesse, parce que t'étais à fond (rires) et puis tu te dis bah mince alors, ils se rendent même pas compte de ce que tu fais (...)

M12 : Quand tu te fais chier sur un dossier, faut que tu le fasses pour toi. Plus pour les gens, parce qu'ils vont te décevoir et ils vont finir par se barrer.

- Pour certains le fait de ne pas valoriser le prix de la consultation comme spécialisée leur donne le sentiment que leur spécialité de médecine générale n'est pas reconnue comme telle, de la part des patients, des autres spécialistes, des autorités. (M3, M6, M7, M9, M12)

M3 : Et bah moi je trouve que là, il devrait y avoir déjà une revalorisation là, à ce niveau là, dans le collectif. (...) Déjà qu'on soit équivalent, considéré à équivalence par rapport aux autres spécialistes, ça c'est pour moi, je pense que c'est important rien que dans le psychologique euh... collectif.

M9 : et qu'on peut toujours pas coter notre consultation à 25 euros, on est obligé de coter à 23, donc ces 3 ans d'internat pendant lesquels on en chie, ça compte pas

✓ **Insatisfaction au travail**

- Le manque de plaisir dans le travail peut, pour certains, participer au burn out (M1, M12)

M1 : je pense que c'est important cette notion de plaisir au travail. Faut pas que ce soit un sacerdoce

M12 : on soigne des gens qui sont pas malades. (...). Et quand la complication est là, ah bah là faut que t'envoies les instances supérieures, c'est décevant aussi quelque part.

✓ **Peur du manque de travail**

- Lors de leur installation, la peur de ne pas avoir de patients a conduit plusieurs médecins à travailler de façon intense, à l'origine d'une surcharge de travail (M1, M2, M7, M8, M12)

M1 : donc en fait ma première trouille ça a été de me dire bah « faut que je bosse à fond pour faire des patients, pour avoir une patientèle équilibrée etc, donc au début j'ai pas compté mes heures.

M2 : dans l'Indre, y a des médecins dans un secteur où ils sont pourtant sous-dotés, en fait ils sont plusieurs médecins à prendre leur garde le WE de peur de perdre des patients du fait de la garde de WE.

M7 : mon obsession quand je me suis installé c'était est ce que j'aurai des patients ?

✓ Problèmes personnels

- Le burn out est vu comme un épuisement professionnel mais dont l'origine peut être aussi personnelle. L'équilibre général est à prendre en compte (M7, M9, M11)

M7 : mais même mon épouse des fois c'est « ah mais t'es jamais là » elle voudrait que je prenne plus de temps, que je parte moins tard le soir, et c'est le boulot, à la fois elle le comprend, mais elle peut pas s'empêcher de me faire des reproches, et c'est vrai que ça aussi c'est un peu blessant

M11 : pour moi le burn out, c'est pas que le travail... enfin c'est pas qu'un problème de travail. C'est un problème d'équilibre et d'étayage autour. Je vois plutôt ça comme ça.

✓ Le sexe du médecin

- Pour un des médecins le sexe du médecin peut être un facteur protecteur ou non. Les femmes pourraient faire moins de burn out que les hommes (M9)

M9 : elles [les femmes] sont plus capables de supporter les contraintes multiples, la famille, le boulot... elles sont plus préparées à ça par la société aussi, elles sont conditionnées à ça.

III.3.3 Conditions générales d'exercice / organisation du système de soins

✓ Démographie médicale

- Les nombreux départs en retraite font que les médecins restants se retrouvent avec des patientèles importantes et une charge de travail élevée, que ce soit en milieu urbain ou rural (M2, M3, M4, M5, M6, M8, M9)

M2 : ce qui est important pour eux[les patients] c'est quand même d'avoir une réponse sur leur territoire, et là on a 3 médecins qui partent... qui sont partis en moins de 2 mois là autour de nous, et c'est très très lourd quoi.

M4 : VILLE, VILLE 1, VILLE 2, on est vraiment en pénurie de médecins. (...) quand je me suis installée, 3 médecins sont partis à VILLE 1. Donc déjà ça aussi je l'ai quand même subi.

- L'isolement peut être un facteur de burn out. Le fait de s'installer tout seul, en ville ou la campagne, ne permet pas de rompre la solitude et de pouvoir parler avec des collègues, partager le travail (M2, M3, M8, M9)

M2 : je pense que ça touche plus les médecins dans le milieu rural encore que... mais je pense que c'est l'isolement qui fait que on est, on tombe dans le burn out.

M8 : qu'il faut lutter contre, qu'il faut surtout pas s'isoler dans son coin

M9 : ah oui. Ça me paraît être un métier trop dur à exercer tout seul.

✓ Formations

- L'obligation de formation médicale continue dans le métier de médecin généraliste peut rajouter à la charge de travail déjà existante (M3, M12)

*M3 : c'est important pour nous de nous former, mais ça fait encore des heures en plus,
M12 : Alors t'as ça (...) toutes les recommandations (...) Après t'as la formation médicale continue. Qui est soit disant obligatoire, tu ne peux pas faire ça*

✓ Complications administratives des prescriptions médicales

- La restriction de prescription de certains médicaments nécessitant une première prescription par un spécialiste ou un dossier administratif, donne le sentiment aux médecins d'une certaine perte de responsabilité et une complication du parcours de soin du patient. (M3, M6, M12)

*M3 : [à propos du Rivotril] Maintenant j'ai plus le droit, il faut passer par le spécialiste en 1^{er}, et après tu peux si y a eu la prescription par le spécialiste qui l'a fait(...)le psychiatre c'est 3 mois d'attente(...) Donc voilà, quand on veut bien faire son boulot, c'est chronophage.
M6 : Quand on veut prescrire du crestor, faut demander l'autorisation « monsieur, monsieur, est ce que je peux aller pisser, euh non...est ce que j'ai le droit de prescrire du crestor parce que je suis complètement débile » (...) et c'est tout comme ça*

✓ Pression de la Sécurité Sociale

- Les objectifs demandés aux médecins généralistes sont vécus comme une pression supplémentaire, avec le sentiment d'être jugé sur leur travail, d'être dirigé sur leur manière de faire et par conséquent un sentiment global de perte d'autonomie et de liberté. (M2, M9, M12)

*M2 : et la pression des caisses qui nous en demandent toujours plus pour optimiser tout et n'importe quoi, fait que ça devient complètement invalidant.
M9 : y a l'assurance maladie, qui maintenant sort complètement de son rôle, euh... qui est un rôle de payeurs, et qui maintenant vient voir les médecins en leur disant comment il faut qu'ils soignent
M12 : Après t'as les médecins conseils qui viennent te voir(...) quand t'es en délit statistique, c'est-à-dire que t'es pas un mauvais médecin, t'es plus ou moins que les autres, donc là t'es pas bon.*

III.3.4. Conditions d'exercice individuel

✓ L'administratif

- La charge administrative demandée aux médecins généralistes est ressentie comme une contrainte forte car chronophage (demande ALD, 100%, MDPH, bons de transport, comptabilité des tiers payants) (M1, M2, M3, M4, M6, M7, M8, M9, M10, M12)

*M1 : l'administratif, les papiers. Ça c'est clair et net(...) ça me prend beaucoup de temps
M6 : mais c'est... c'est vrai que la pression aussi de... paperasse qui moi me bouffe. Quand t'es le soir, t'as vu le dernier patient et qu'il est 22h ou 22h30 et puis que t'as encore une heure de paperasse à faire*

M8 : Bon euh... le tiers payant pour tous c'est niet. (...) On n'est pas là pour faire de l'administratif, on est là pour faire du relationnel, et accessoirement de la médecine.

✓ **Coups de téléphone des patients ou secrétaires**

- Les appels des patients ou des secrétaires sont une charge de travail qui se surajoutent aux consultations. (M2, M4, M5, M10)

M4 : quand t'es en consult, des fois, j'ai limité à 2 par consult quand même, t'as 2 appels...

M10 : En fonctionnant, en les prenant au téléphone. (...) ça prend du temps oui

✓ **Difficulté à prendre du repos**

- Le fait de ne pas toujours trouver de remplaçants peut limiter le temps libre pris par les médecins et peut être une source de stress (M1, M5, M6)

M1 : Poser des vacances c'est prendre des remplaçants, trouver des remplaçants c'est pas si facile que ça.

M5 : [trouver un remplaçant] c'est quelque chose de stressant ! Qui n'était pas stressant les années d'avant !

M6 : y aura une surcharge avant, une surcharge après, et comme les confrères font pareil, et qu'on trouve plus de remplaçant très difficilement

✓ **Distance domicile-travail**

- Une distance élevée entre le domicile et le travail peut être à risque par accumulation de fatigue (M3)

M3 : je pense y en a qui sont même pas tout près de leur travail(...). Bon en plus de ça voilà ça rajoute à....

- Le fait que le cabinet soit proche de son lieu de résidence peut aussi être vécu comme une contrainte, la coupure entre les 2 étant plus difficile à faire (M11)

R : Le fait que votre cabinet et votre maison soient proches, comment tu l'as vécu ?

M11 : c'est plus rétrospectivement, je me dis... quand j'étais dedans, j'avais vraiment envie de couper

✓ **Gardes**

- Les gardes de semaine ou de week-ends sont difficiles à assumer lorsque la charge de travail à côté est importante (M2, M7)

M2 : une garde par mois quand on travaille 6 jours sur 7 c'était trop quoi.

M7 : tu vois j'avais dit à mes confrères pendant la 1^{ère} année je prendrai toutes les gardes du cabinet. (...) au bout de quelques mois, avant l'été, je leur ai dit en fait je vais arrêter en juin parce que c'est pas jouable.

✓ Imprévu de journée

- La relation en prise directe avec les patients laissent place à des événements imprévus (urgences à gérer, temps pris lors des consultations). La fin de journée n'est pas toujours facile à déterminer et à tenir (M1, M3, M4, M7, M9, M12)

M1 : c'est pas parce que je vois mon dernier patient à 18h30 que je vais finir à 18h45. Parce que je vais avoir eu un patient qui m'a pris plus de temps, parce que je vais avoir une urgence

M3 : y a un monsieur qui m'appelle qui me dit, j'ai mal au cœur (...) Donc moi je l'ai fait venir ce monsieur là, donc j'ai passé 3 quarts d'heure avec lui

M12 : si quelqu'un sonne, je vais aller ouvrir, parce que je me dis peut être que c'est important.

✓ Manque de temps

- L'organisation du système de soins actuelle fait que certains médecins se sentent pressés par le temps. Le nombre de demandes des patients pour une consultation, le nombre de consultations à faire dans une journée donnent le sentiment de course après la montre (M2, M6, M11)

M2 : moi à mon avis une des grosses contraintes qui entraînent le burn out c'est l'incompressibilité du temps et ce qu'on doit faire dans un temps donné pour une consultation donnée

M6 : faut en faire un certain nombre, donc faut se dépêcher, faut répondre à 3 questions en même temps.

M11 : oui, je me sens vraiment courir.

✓ Pression du métier, obligation de résultats

- De part la gestion de personnes, la nécessité de bien faire et d'être performant entraîne une responsabilité qui peut peser sur les médecins. Ils se sentent dans l'obligation d'être infaillible, et d'être efficace à 100% tout au long de leur activité (M1, M2, M3, M4, M5, M10, M12)

M1 : voila on n'a pas un métier quelconque, on a quand même la vie des gens entre nos mains (...) Je trouve qu'on a quand même une pression de...de voila de qualité à avoir, et heu.... Voila ça je trouve que c'est ... parfois je trouve ça lourd (...) d'être performant de 9h du matin à 19h le soir, 7j sur 7

M4 : En fait j'ai l'impression dans la journée moi que mon cerveau il ne s'arrête jamais.

✓ Relation avec les confrères

- Pour certains, les relations ressenties comme conflictuelles avec les confrères hospitaliers ou les autres professionnels de santé sont difficiles à accepter (M2, M6, M8, M12)

M2 : Parce que c'est quand même le gros souci aussi qui peut participer au burn out, c'est les situations qui peuvent être conflictuelles entre les professionnels de santé

M6 : les services hospitaliers passent leur temps à nous taper dans le dos, ils ont tout vu, tout fait, tout ce qu'on fait c'est mal, tout ce qu'on prescrit faut l'arrêter, faut pas faire ça. Je me suis fait insulter plusieurs fois par des chefs de service hospitalier

M8 : C'est idiot, nous on avait des générations de patrons qui nous dézinguaient pas la médecine générale comme ça.

- Sans être dans le conflit, le manque de coordination entre spécialistes et généralistes peut rajouter une pression supplémentaire (M1)

M1 : ça je trouve ça fatiguant parce qu'on court après certaines informations, alors qu'elles devraient être là beaucoup plus rapidement de manière beaucoup plus facile.

✓ **Surcharge de travail**

- La quantité de travail ressenti est un des facteurs conduisant au burn out. (M4, M6, M7, M8, M9, M10, M11)

M7 : je pense qu'on peut assez vite effectivement être submergé par l'activité enfin... se sentir opprimer, ne plus y arriver, se sentir débordé

M11 : Moi ce qui m'envahit c'est la sensation de surcharge en fait

III.3.5 Causes financières

✓ **Mode de rémunération**

- Du fait du montant de la consultation à l'acte à 23 euros, pour payer leurs charges et avoir une qualité de vie qui leur convienne, les médecins ont besoin de faire des actes. (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M9)

M3 je crois qu'il y a vraiment un ras le bol sur le fait que, on n'est pas payé pour ce qu'on fait quoi.

M5 : La première c'est que notre consultation n'ayant toujours pas augmenté, t'es obligé à cause des frais qui courent quand t'es en cabinet de groupe, le secrétariat, tous les frais fixes, (...) t'es obligé de bosser pour que tu ramènes quand même quelque chose,

✓ **Problèmes financiers**

- Pour un des médecins interrogés, les propositions qui lui ont été faites pour investir a été vécu comme une violence fiscale, car entraînant des problèmes qu'il n'avait pas imaginé et sur lesquels il n'était pas informé (M6)

M6 : on se retrouve à un moment victime de la violence fiscale. (...) un jour ou l'autre on se fait mettre la main dessus par des banquiers (...) y a des choses qu'on ne peut pas imaginer...

III.3.6 Causes médicales

✓ **Déni de la maladie du médecin**

- Le médecin est souvent vu comme quelqu'un qui va bien, ce qui peut entraîner une négligence de son état de santé (M2, M3, M4, M5, M6, M10)

M3 : c'est ça qu'ils considèrent. Non mais de toutes façons tout le monde considère que le médecin il peut se soigner tout seul, et puis le médecin il est jamais malade.

M4 : bah le médecin il est bien quoi. (...) les gens ils...ils comptent sur toi quoi

- Cela peut même être vu comme une certaine honte d'accepter de se faire prendre en charge et de reconnaître le mal être. (M6, M7, M9, M10)

M6 : des confrères que je connaissais bien (...) se transformaient en pleureuse, tout le monde se plaignait de tas de trucs(...) jamais aucun d'entre nous, n'aurait osé pensé se plaindre de ça, parce que euh... quelque part au fond de nous-mêmes, on trouvait que c'était une forme de faiblesse

M7 : j'ai pas accepté facilement, pas forcément, parce que tu te dis purée c'est nul d'en arriver là, de pas être capable de gérer mieux que ça.

✓ **Excès de stress**

- Le métier peut être vécu comme stressant et devenir une cause de burn out (M1, M4, M9)

M4 : c'est un travail intense euh... avec du stress.

M9 : et puis, on travaille quand même dans un environnement extrêmement stressant

✓ **Manque de prise en charge médicale du médecin**

- Beaucoup de médecins généralistes gèrent eux-mêmes leurs problèmes de santé au quotidien, ce qui n'incite pas à aller consulter (M2, M4, M5, M6, M7, M10)

M2 : de toutes manières quand est ce qu'on est examiné ?

M4 : si tu veux te faire faire une prise de sang, tu vas chez ton médecin généraliste. Bah non moi je me la prescrist

M6 : sincèrement je me vois pas en train de faire une psychothérapie(...) à 2 balles qui ne m'apportera rien, puisque j'ai parfaitement conscience de mes problèmes.

M10 : au lieu d'aller voir quelqu'un est ce que je me ferais une première prescription ? c'est possible, peut être !

- Le fait d'être soi-même médecin peut entraver la prise en charge comme tout autre patient par les confrères (M2, M11)

M11 : SON MARI [qui est médecin] quand il a fait son problème de santé, il a vu des médecins, mais comme... ils lui parlaient comme à un médecin. C'est nul (...) Alors qu'il demandait qu'une chose c'était qu'on le prenne en charge comme un patient. Y a une personne qui l'a pris comme un patient (...) je peux te dire, qu'il est sorti de la consultation, pas du tout de la même manière. Il a dit il m'a écouté.

- La méconnaissance de lieux où se faire prendre en charge peut être un frein à aller consulter (M2, M3)

M2 : le médecin qui travaille seul, qui est en train de déraiper qui est en train de s'épuiser physiquement, moralement etc, et bah si tu regardes bien y a pas beaucoup de structures de... il n'a pas beaucoup d'endroits vers qui se tourner

- Prendre le temps de se prendre en charge peut être en soi une difficulté, selon l'activité que le médecin a (M3, M4)

M3 : il faut prendre le temps aussi.

M4 : moi je sais que j'ai un médecin généraliste par exemple. Les horaires qu'elle fait, bah elle travaille comme moi, elle travaille pas le mercredi donc je peux pas y aller.

✓ Pathologie médicale

- Le déclenchement d'une pathologie peut être une cause de déséquilibre dans la vie du médecin et donc de burn out (M2, M8)

M2 : Non moi j'ai eu tout simplement un problème de santé(...) et du coup, c'est ce qui m'a fait basculer dans la dépression

M8 : 2010, ça allait mal, j'ai démarré un cancer du sein, j'étais vraiment au bout du rouleau

III.3.7 Relation au patient

✓ Exigence des patients

- Les patients peuvent être perçus comme consommateurs de soins (M2, M3, M8)
M2 : le changement du comportement des patients, qui font qu'on est de plus en plus amené à gérer des.... Patients, qui sont toujours dans le souhait de, d'un quick service
M3 : on n'est pas des épiciers quoi.
- La demande de disponibilité en termes d'horaire de la part des patients peut être source de pression sur le médecin (M1, M6, M7, M8, M10)
M1 : Moi je sais que les gens me reprochent parfois de pas souvent être là (...) j'ai plusieurs patients qui m'ont dit déjà, vous prenez beaucoup de vacances.
M7 : avec la pression des patients(...) t'as l'impression que t'en fais jamais assez... pfff... ça peut être un peu lourdingue.
- L'information médicale étant facilement accessible, les patients sont perçus comme plus exigeants car plus informés et arrivant avec des demandes préétablies (M2, M10)
M2 : C'est d'autant plus, maintenant où les gens viennent avec ce qu'ils veulent(...) leur dossier internet sur la pathologie qu'ils pensent avoir
M10 : après y a des gens obtus qui pensent tout savoir
- Le nombre de motifs par consultation ou certains motifs de consultations demandent une exigence et une disponibilité particulière aux médecins (M1, M3, M5, M6, M11)
M1 : il ya plein de gens qui nous disent « on vous voit jamais donc j'en profite pour vous parlez de plein de choses. »
M5 : la multiplicité des consults et des demandes, euh... (...) Les gens de plus en plus exigeants de résultats.
M11 : je trouve qu'on a un boulot qui est extrêmement exigeant, on a toujours la plainte des gens
- L'agressivité des patients peut être une cause de burn out (M5, M7)
M7 : les gens râlent, et puis t'as une heure de retard, on râle, et puis une fois tu te fais un peu agresser quand y en a « ouais... on a attendu une heure, c'est pas normal ! »

✓ Erreur médicale ou peur de l'erreur médicale

- La peur de l'erreur médicale peut pousser à prendre sur le temps libre de certains médecins (M1)
M1 : moi je suis déjà vu en vacances (...) devoir rappeler les gens parce que voilà parce que je peux pas me permettre de faire une erreur concernant certains patients.

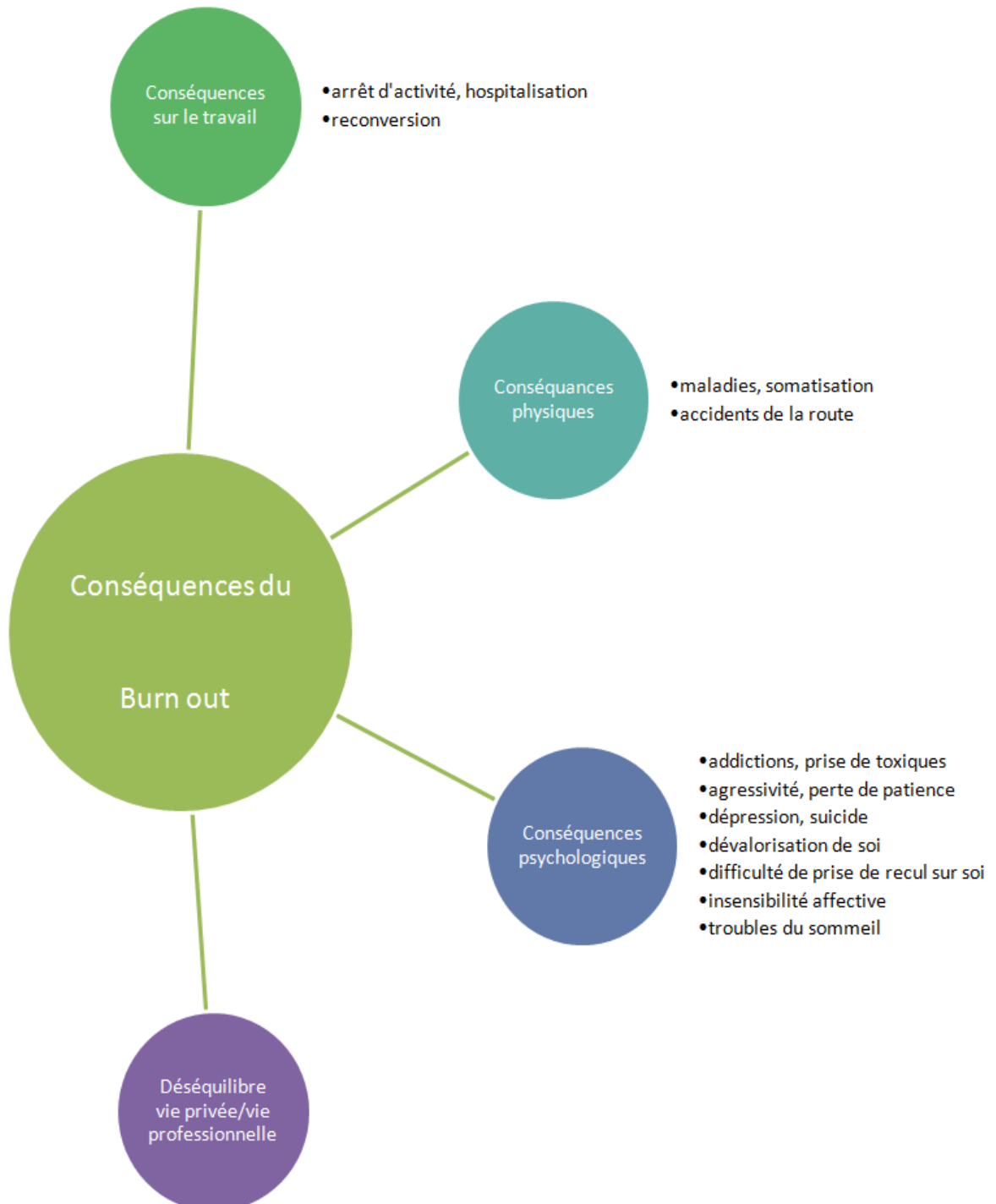
- La peur de l'erreur médicale peut mettre une pression supplémentaire sur le médecin qui a alors une obligation de performance. Lorsqu'elle arrive, elle peut être source de mal être (M2, M4, M5, M12)

M2 c'est la peur du médicalégal, de l'erreur de... (...) Je crois que ça c'est un gros élément qui peut euh... jouer sur le burn out cette pression de l'erreur

M4 : Oui moi ce qui m'atteint et qui pourrait m'emmener dans un burn out c'est sûrement également... c'est par exemple une plainte quelque chose comme ça. Ça par contre je le vivrais très très mal.

III.4 Conséquences du burn out

III.4.1 Schéma récapitulatif



III.4.2. Conséquences sur le travail

✓ Arrêt d'activité, hospitalisation

- L'état du médecin est tel que la poursuite de son activité professionnelle peut devenir difficile. L'arrêt peut être provisoire ou définitif (M3, M4, M5, M7, M12)

M5 : S'arrêter c'est pas difficile, c'est s'arrêter sans date pour revenir.

M12 : le fait est qu'un matin tu ne peux plus te lever, tu n'as plus envie de rien, et tu te fous de tout.

- Cela peut même conduire à une hospitalisation si nécessaire (M4, M12)

M12 : Donc il a été hospitalisé pour ses problèmes d'addiction

✓ Remise en question, reconversion

- Pour certains médecins, si le burn out arrive, une remise en question professionnelle serait nécessaire pour ne pas retomber dedans (M4, M5)

M4 : une remise en question de sa vie professionnelle quoi.(...) enfin pour moi si j'avais un jour un burn out, je remettrais en cause énormément de choses dans ma vie professionnelle

M5 : C'est de se dire, bah pour que je revienne, faut que j'analyse pourquoi j'en suis arrivé là et que les choses aient changé. Parce que si tu changes rien, tu sais que tu vas dans le mur.

- Cette remise en question peut aller jusqu'à une reconversion (M1)

R : Pour toi le....ouais le fait de ded'avoir envie de changer, de choses comme ça c'est une forme d'expression du burn out ?

M1 : je pense que ouais... ça peut être un signe.

III.4.3. Conséquences physiques

✓ Maladies, somatisation

- Le stress dans lequel sont les médecins peut déclencher des pathologies physiques, comme par exemple des pathologies coronariennes, digestives ou des pathologies douloureuses de somatisation (M2, M3, M4, M7)

M2 : euh et puis les pathologies coronariennes, les pathologies qui sont liées au stress

M3 : Un autre ami qui a fait un burn out là, il a pas fait son cancer, il a fait un infarctus du myocarde

M7 : En fait j'ai quand même été très mal à un moment donné, à plus pouvoir dormir. Avec des plaintes même somatiques, tu vois que j'avais des douleurs à n'en plus finir

✓ Accidents de la route

- Du fait de la fatigue, la diminution de vigilance peut entraîner des accidents de la route (M3, M9)

M3 : Parce que à force d'être fatigué, épuisé, la vigilance elle est moins bonne. (...) tu peux avoir des accidents de la route.

M9 : et puis tous ceux qui se tuent sur la route à cause de ça.

III.4.4. Conséquences psychologiques

√ Addictions, prise de toxiques

- Pour soulager la souffrance dans laquelle le burn out peut plonger les médecins, certains consomment de l'alcool (M2, M12)
M12 : il s'est mis à picoler pour pouvoir se donner du courage (...) après il était soûl tout le temps
- La prise de médicaments peut permettre de diminuer le stress ou un état dépressif (M2, M4, M12)
M2 : la prise de morphiniques, l'addiction, on peut imaginer qu'un médecin se tourne vers ça que ce soit une échappatoire entre guillemets
M12 : moi je suis sous PAROXETINE depuis 10 ans. (...) maintenant je suis obligé de prendre des anti-dépresseurs.

√ Agressivité, perte de patience

- La fatigue et le stress peuvent empêcher l'exercice des médecins dans l'empathie et la bienveillance. Ils peuvent devenir agressifs dans leur vie professionnelle ou privée (M1, M2, M5, M6, M9)
M2 : une agressivité par rapport à la patientèle et par rapport aux gens qui t'entourent(...) c'est ça c'est la qualité de ton travail qui s'en ressent et... et puis la relation que tu as avec la... la patientèle.
M6 : ça m'est arrivé de péter un câble et d'être extrêmement mal aimable avec des gens, (...) je n'avais plus les capacités de prendre sur moi et de rester dans l'empathie et la bienveillance
M9 : y a un des médecins qui m'a dit « si un jour tous tes patients commencent à te faire chier, si tous tes patients sont que des cons, c'est peut être que c'est toi qui doit ralentir un petit peu !! »

√ Dépression, suicide

- Bien que le burn out ne soit pas assimilé à une dépression, celle-ci peut être une des conséquences du burn out. Cela peut conduire à des idées suicidaires, voire un suicide (M1, M2, M3, M4, M5, M7, M8, M9, M10, M12)
M1 : l'autre conséquence c'est vraiment le syndrome dépressif (...) puis heu passage à l'acte heu... des suicides,
M4 : en fait il s'est levé un jour il a dit à sa femme, tu ne reverras pas ce soir, c'est fini. Donc elle a pris ses dispositions, elle l'a emmené à Vantes, il a été hospitalisé et tout ça
M5 : bah la pire c'est le suicide quand même

√ Dévalorisation de soi

- Le burn out peut conduire les médecins à se sentir incompetents, à se dévaloriser (M3, M6, 11)

M3 : quand il va pas bien, il a l'impression que sa compétence est remise en jeu

M6 : avec des symptômes de la lignée dépressive, à type de... d'autodévaluation,

M11 : dans ces moments où j'en ai vraiment ras le bol, je me dis que je suis nulle et que j'ai rien à faire là.

√ Difficulté à la prise de recul sur soi

- Le dépassement de ses limites et l'accumulation de fatigue peut entraîner des difficultés à prendre du recul. Les médecins peuvent adopter des comportements qu'ils n'auraient pas eus habituellement, ne pas se reconnaître (M1, M7)

M1 : c'est vraiment que là je suis fatiguée c'est plus la manière que j'ai d'habitude de travailler

M7 : J'aurais du répondre calmement et lui en mettre plein la tronche mais calmement, mais j'ai pas su le faire.

√ Insensibilité affective

- La perte de l'empathie et la difficulté à être dans l'écoute peut être une des conséquences du burn out. Cela peut avoir des conséquences sur la qualité du travail des médecins (M1, M2, M5, M7, M9, M10)

M5 : tu vois des gens qui se renferment(...) des gens qui semblent insensibles, qui se murent derrière une apparente tranquillité. Et puis derrière, tout d'un coup, ça craque...

M9 : avec notamment dans le milieu médical la perte d'empathie, ce qui pose quand même problème dans une activité de soins comme la nôtre.

M10 : quand on arrive au burn out, je pense qu'on doit plus avoir... plus pouvoir supporter la plainte des gens, plus pouvoir les aider tout simplement.

√ Troubles du sommeil

- L'angoisse que le burn out entraîne, peut avoir des répercussions sur le sommeil (M4, M5, M7, M12)

M4 : c'est des gens qui arrivent de moins en moins à dormir, qui sont de plus en plus anxieux, qui y pensent la nuit

M12 : Je crois que ça commence par un syndrome anxieux. Au début, c'est-à-dire, des difficultés... enfin je te parle médicalement, des difficultés d'endormissement

III.4.5. Déséquilibre vie privée/vie professionnelle

- Prendre du temps dans son travail va réduire le temps passé pour la sphère privée (M1, M2, M7, M8, M9, M10)
M1 : s'occuper des gens bah c'est prendre du temps mais bah du coup ça empiète sur ma vie de famille
M7 : et puis bon y a aussi la vie familiale qui fait que... à côté de laquelle tu... je dis pas que je passe à côté d'une partie de ma vie familiale, faut pas exagérer (...) mais bon...
- La difficulté à faire la coupure après le travail, à repenser à sa journée, retentit sur la vie privée (M3, M4, M7, M12)
M3 : Ou bien voilà, le WE t'es exaspéré avec ta famille
M4 : C'est les gens qui euh... quand ils rentrent chez eux parlent encore du travail, n'arrivent pas à faire la coupure entre le pro et le perso.

III.5. Expériences du burn out

III.5.1. Expériences personnelles

- Certains médecins disent avoir déjà eu un sentiment de lassitude ou de fatigue, voire de burn out (M2, M5, M6, M7, M8, M11)
M5 : moi les moments où j'ai senti euh... je sais pas comment on peut l'appeler, mais un pré burn out, c'est vraiment des moments où t'as l'impression que ta tête va exploser.
M6 : j'ai été déjà victime de... burn out, (...) j'ai déjà été dans cet état de ne pas être bien
M7 : je me suis dit je peux plus tenir comme ça c'est plus possible. Et un jour euh... et un jour, ouais c'est là que ça a été le déclic, j'ai pas pu aller au boulot le matin. C'était un lundi matin.
M8 : 2010, ça allait mal, j'ai démarré un cancer du sein, j'étais vraiment au bout du rouleau, au bout du rouleau
M11 : Mais quand je dis, ouais je sais pas, burn out, parce que y a un moment je me suis dit, j'en ai ras le bol, j'y arrive pas, limite j'arrête tout quoi.

III.5.2 Expériences de collègues

- Dans l'entourage des médecins, il y a un ou plusieurs cas de médecins ayant fait un burn out, que ce soit des médecins libéraux ou hospitaliers. Pour certains, le suicide en a été une des conséquences (M3, M5, M7, M9, M12)
M3 : Et puis le médecin que je remplaçais, parce que j'ai remplacé pendant longtemps, pareil il a fait un burn out, il a fait 2 tentatives... 3 tentatives de suicide, voilà.(...) J'en connais 4, là, des gens qui se sont suicidés autour de moi, là dans les 5ans qui ont passé. Des médecins
M7 : puis nous on a eu un drame ici avec notre confrère qui s'est suicidé

M9 : alors oui, je connais des médecins qui ont fait des burn out, euh... aucun ne s'est suicidé, mais c'était des médecins qui travaillaient dans ce qu'on appelle des déserts médicaux,

III.5.3. Burn out des internes

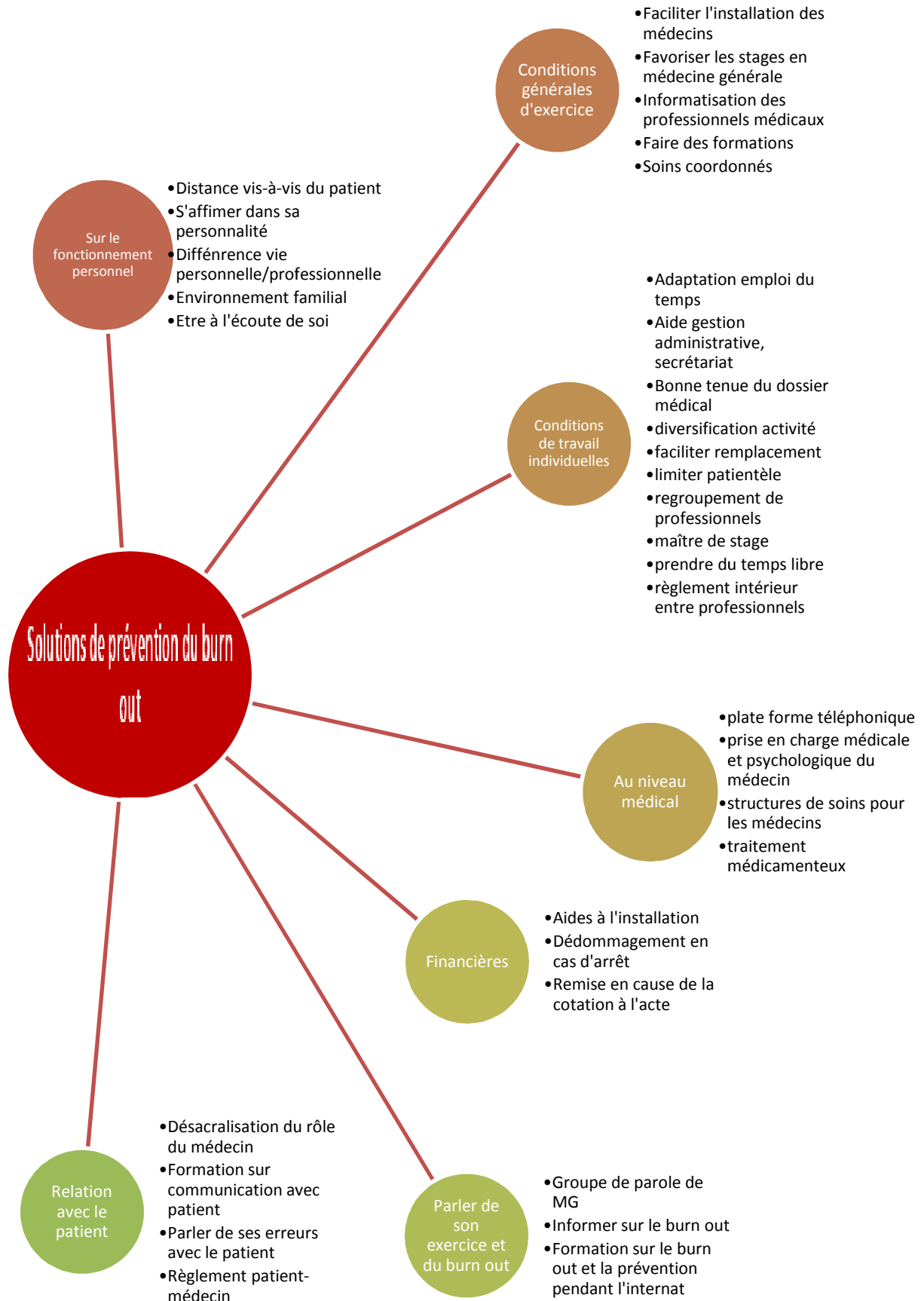
- Pour deux médecins leur expérience du burn out se rapporte à l'internat : M1 a connu des internes en burn out et M9 dit avoir connu ce syndrome à la fin de son internat

M1 : j'ai vu des ... surtout pendant mes études des internes qui... voilà où s'était difficile tout ça

M9 : c'est quelque chose que j'ai connu à la fin des études. A la fin de l'internat, où la charge de travail était colossale. Y avait 115 heures de boulot par semaine, des gardes, des trajets, et donc c'est sûr qu'à un moment... (...) Au début on était 2 internes, et puis l'autre a fait un burn out, il est parti on l'a pas revu. Pendant ce temps là, y en avait un 2^e qui était hospitalisé à côté en psychiatrie aussi en burn out.

III.6. Solutions de prévention du burn out

III.6.1. Schéma récapitulatif



III.6.2. Solutions sur le fonctionnement personnel

✓ Distance vis-à-vis du patient

- Pour certains, la juste distance à adopter est d'avoir une distance émotionnelle vis-à-vis des patients (M1, M5, M7)
M5 : c'est peut être aussi un moyen de pas faire de burn out. De pas s'investir trop personnellement, de garder une distance.
M7 : quand je suis arrivé, du coup y avait un de nos anciens (...) il m'avait dit « pour tenir dans ce boulot (...) il faut être cynique et froid ».
- Pour d'autres, l'accent doit être mis sur l'empathie (M1, M2, M8, M9)
M2 : c'est être bienveillant par rapport au patient
- Pour un des médecins, la solution est un mélange des 2 : avoir de l'empathie tout en gardant une distance pour se protéger (M11)
M11 : au moins prendre acte que les gens sont en colère, c'est eux qu'ont un problème, c'est pas toi, et ce qu'ils déversent, c'est pas contre toi (...) en tout cas pas prendre direct euh... direct comme argent comptant ce qui est en train de se passer là.
R : en fait ce que tu es en train de me dire, c'est que tu as réussi à trouver une juste distance en fait entre l'empathie et la protection
M11 : ouais, la protection, vraiment... et je pense que c'est le seul moyen d'être juste dans la relation, en plus.

✓ Affirmation de sa personnalité

- Poser des limites et les dire est une solution pour lutter contre le burn out. Ce qui est acceptable ou non en fonction de chacun doit être dit aux patients, savoir dire non (M1, M2, M3, M8, M9, M10, M11, M12)
M2 : ça arrive encore qu'un patient dise « bah moi, je veux un scanner pour ceci (...) Mais on n'est pas des marionnettes. (...) si à un moment donné on n'arrive pas à poser les choses et que ... et à..... A prendre une décision en commun, euh...et bah euh... enfin moi j'interromps la.
M3 : C'est ça en fait, s'imposer des limites et éduquer les patients.
M8 : Et puis savoir dire non.
- Imposer des limites peut être culpabilisant, les médecins ayant l'impression d'être « méchants ». Savoir dire non n'est pas facile (M3, M4, M7, M9, M12)
M3 : ouais c'est pas facile à faire, mais faut le faire (...) j'ai l'impression d'être méchante en faisant ça, en même temps c'est normal.
M4 : J'ai du mal à dire non. J'y arrive. Mais euh... au téléphone, moi c'est surtout les enfants. Les enfants, les personnes âgées, les personnes qui sont vulnérables en fait qui me touchent.
M9 : ce qui était aussi dur, c'était de se dire, bah on travaille moins, on est moins disponible pour les gens. (...) ouais je culpabilisais

✓ Différence vie personnelle/professionnelle

- Pour éviter le burn out, lorsque les médecins quittent le cabinet, il est important de pouvoir déconnecter de leur travail (M1, M4, M9)
M1 : J'essaye au maximum que quand la porte du cabinet est fermée, la porte du cabinet est fermée. Ça vient plus chez moi.
M4 : rentrer le soir ne plus parler de boulot
- Pour cela, il peut y avoir un sas de décompression particulier (M12)
M12 : non moi c'est la PLAY. Je tue des méchants et après ça va vachement mieux.
- Cela pourrait faire l'objet d'une formation spécifique pour apprendre aux médecins à pouvoir le faire (M10)
M10 : savoir gérer la souffrance des gens. Ça doit faire partie de quelques ateliers dans la formation.

✓ Environnement familial

- En dehors du travail, l'entourage a aussi un rôle dans la prévention du burn out. Le fait de pouvoir parler des difficultés du travail et d'avoir un environnement familial soutenant conditionne aussi un exercice serein (M3, M4, M7)
M4 : par l'entourage, qu'est quand même très soutenant (...)
M7 : Et c'est là où il faut vraiment, qu'à côté à la maison il faut que ça aille bien parce que je pense que ça peut être vite très compliqué.

✓ Etre à l'écoute de soi

- Se connaître, connaître ses limites et être à l'écoute de soi permet de voir le moment où le burn out pourrait arriver et de prendre les mesures nécessaires. Prendre soin de soi et être vigilant sont des points essentiels (M1, M2, M5, M8, M9, M10, M11, 12)
M1 : j'ai changé déjà en 4 ans d'emploi du temps, j'ai changé de manière de travailler déjà
M2 : oui voilà de se dire stop, voilà comment je fonctionne, voilà ce qui y a autour de moi, qu'est ce qu'on... comment est ce qu'on peut...
M5 : Donc il faut qu'on sache mettre nos limites(...) en en prenant conscience, en essayant de définir nos propres limites.

III.6.3 Solutions sur les conditions générales d'exercice

✓ Faciliter l'installation des médecins

- L'installation en libéral est une étape compliquée qui nécessiterait d'être simplifiée (M1)
M1 : Inciter les jeunes à s'installer(...) parce qu'on dit toujours « ouais y a plein de facilités d'installation etc » mais concrètement, c'est pas si facile que ça de s'installer

- Les structures qui sont créés pourraient permettre une vacation plus importante des médecins, et donc être facilitateur pour accueillir des médecins qui seraient de passage en fonction de leur vie familiale (M2)

M2 : Et que donc le médecin qui veut être dans une maison de santé pendant 5 ans, et que au bout de 5 ans son conjoint ou sa conjointe part dans le nord de la France ou dans le sud de la France, puisse partir simplement....

✓ Favoriser les stages en médecine générale

- Lors des études, faire découvrir la médecine générale libérale pourrait permettre de lever les doutes et la méconnaissance du métier. (M8, M9)

M8 : Faut qu'ils viennent voir[la médecine rurale]

M9 : ensuite on peut envoyer les internes un peu plus à la campagne, (...) Parce qu'on est formé à une médecine de CHU

✓ Informatisation des professionnels médicaux

- L'informatisation des médecins généralistes facilite l'administratif (M8)

M8 : Alors on a l'informatique qui nous soulage quand même de plein de trucs, même si ça reste compliqué pour plein de choses

- L'informatisation des autres professionnels de santé permet ou permettrait de gagner du temps, comme par exemple envoyer des courriers par mail évite de scanner après (M6)

M6 :le fait que tout le monde s'informatise et puisse envoyer les comptes-rendus par internet ça simplifie les choses.(...) pourquoi l'hôpital, c'est quand même l'Etat indirectement, n'est pas capable d'envoyer un compte-rendu par internet ?

✓ Faire des formations

- Se former en dehors de son cabinet permet de sortir de son exercice habituel, de rencontrer d'autres professionnels de santé (M5, M7)

M5 : Et puis pareil j'envisage même pas mon métier sans formation. (...) Mais moi j'ai besoin d'interactions, et de rencontrer. (...) c'est aussi une façon de s'évader, parce que des fois t'en as ras le bol d'être là tous les jours et tout, et pour garder le plaisir en fait.

M7 : voila je vais au jeudi du... enfin de pédiatrie c'est pareil 2 fois dans l'année parce que j'aime bien, (...) ça nous donne l'occasion de se retrouver de se croiser un peu

- Se former permet aussi d'avoir un exercice plus indépendant vis-à-vis des laboratoires (M9)

M9 : Parce que c'était des prescriptions, des études médicales assurées par des compagnies.

✓ Soins coordonnés

- Travailler avec des professionnels paramédicaux permet de partager la prise en charge et les difficultés éventuelles (M2)
M2 : le fait de travailler avec le kiné (...) c'est moins lourd pour toi.
- Améliorer le contact entre libéraux et hospitaliers permettrait une meilleure continuité des soins, pouvoir demander des avis plus facilement (M3)
M3 : le dialogue avec les hospitaliers, euh... des fois si ça pouvait être plus rapide, ça nous aiderait quoi.

III.6.4. Solutions sur les conditions d'exercice individuelles

✓ Adaptation de l'emploi du temps

- Lorsque le rythme de départ n'est plus supportable ou par nécessité de prendre du temps libre, l'adaptation des horaires de travail devient nécessaire. Pour certains cela passe par le fait de réduire son activité, prendre un remplaçant fixe (M1, M4, M6, M7, M10, M11)
M1 : je n'accepte plus tout ce que j'acceptais avant (...), donc j'ai adapté mes horaires
M6 : on a mis 15 à 20 ans à réussir à prendre un samedi sur 2 en été (...) on a mis 15 ans à fermer de temps en temps, certains samedis, faire un pont par ci par là
M10 : le fait de pas faire de garde, de pas avoir de visites trop loin, pour garder justement du temps pour soi, et puis de pas finir trop tard le soir
- Le mi-temps peut permettre d'équilibrer la vie personnelle et professionnelle (M9, M11)
M9 : Donc ça me paraît faisable, pour favoriser le mi temps.
M11 : Mon idée de faire un mi-temps au départ c'était vraiment par rapport aux enfants, euh... que je voulais à la fois pouvoir bosser et à la fois pouvoir m'occuper de mes enfants.

✓ Aide à la gestion administrative, secrétariat

- La charge administrative étant importante pour les médecins, avoir des secrétaires est ou pourrait être une solution. (M1, M2, M4, M10)
M1 : avoir une secrétaire qui viendrait 2j par.. enfin 2 après-midi par semaine pour faire des papiers, des choses comme ça
M2 : Donc tout ce qui est administratif, tout ce qui est gestion, c'est...euh le fait d'avoir des secrétaires c'est pas mal
M4 : Moi la secrétaire elle me prépare mes 100%, elle me prépare les... elle vérifie ma compta, elle m'aide énormément.
- Cela permet également de mettre une distance entre les demandes des patients et les médecins, elles peuvent jouer un rôle protecteur vis-à-vis du burn out (M7, M9)
M7 : elles savent mieux dire non que moi, heureusement qu'elles sont là pour me préserver

M9 : il faut vraiment que la secrétaire soit un cerbère, ce que font très bien les nôtres, parce que sinon les journées n'en finissent pas, et le burn out s'approche (...) Ah oui non mais ce qui protège aussi vachement c'est les secrétaires.

- Le facteur limitant est le coût d'un secrétariat physique (M1, M2, M8, M9)

M8 : mettre en place une secrétaire qui travaille le matin euh... ça serait vachement plus confortable pour tout le monde. (...) oui on partagerait les frais parce que attendez, mettre en place une secrétaire ça coûte un bras

M9 : c'est possible uniquement quand on est en cabinet de groupe, parce que le coût financier d'avoir une secrétaire en chair et en os, est colossal

✓ Bonne tenue du dossier médical

- L'erreur médicale pouvant être source de burn out, la bonne tenue du dossier permet de lutter contre cela et de ne passer à côté de données essentielles (M4)

M4 : bien remplir les dossiers, se reposer, toujours être concentré. Ne pas se... toujours poser les mêmes questions. Est-ce que vous avez des allergies ? Est ce que vous avez des problèmes ?

✓ Diversification de l'activité

- Pour lutter contre le burn out, le changement de son mode d'exercice peut permettre de sortir de la relation de soins habituelle, casser la routine. Cela peut passer par le fait d'avoir une activité salariée, de faire de l'hypnothérapie, de la nutrition... (M1, M2, M5, M7, M9, M11)

M7 : j'ai une consœur qui envisage de faire une activité autre ailleurs, peut-être que dans les années à venir c'est quelque chose qui me... qui s'envisagera

M9 : c'est aussi le fait que j'ai envie de varier mon activité, d'avoir une autre activité de soins (...) donc c'est ça, varier les activités, pour pas être dans la routine.

M11 : L'hypnose pour moi est ressourçant

✓ Faciliter les remplacements

- Pouvoir trouver des remplaçants permet de partir plus sereinement pour les médecins. Le fait de pouvoir être en relation via des sites internet type REMPLACEMENT facilite les recherches (M1, M4)

M1 : encore à Tours on est bien parce que je trouve qu'on a REMPLACEMENT qui est un site internet qui nous met en relation, donc ça c'est très très bien

M4 : C'est mieux pour moi d'avoir un remplaçant

- Malgré tout laisser son cabinet peut être difficile (M1)

M1 : quand on trouve un remplaçant, moi je veux pas que ce soit le Bronx pendant 3 semaines au cabinet médical, je veux pouvoir faire confiance au remplaçant qui est là

✓ Limiter la patientèle

- Avoir un nombre maximum de patients permet d'éviter la surcharge de travail (M4)
M4 : donc si tu veux y a un moment c'est fini. Je ne signerai pour plus rien.

✓ Regroupement de professionnels

- Avoir un exercice à plusieurs a de nombreux avantages : pouvoir partager la charge de travail, pouvoir prendre plus facilement du temps libre avec une continuité de soins assurée, pouvoir alerter ou être alerté si le médecin ne va pas bien (M2, M5, M7, M9, M11)
M2 : je me dis pendant ce temps là j'ai des collègues qui gèrent la patientèle, les urgences, etc
M9 : un groupe, un cabinet de groupe, parce que tout seul ça me semble impossible. Enfin... ça me semble possible, mais pas pour moi.
M11 : Moi je pense que le fait d'être en cabinet est intéressant (...)si t'es en groupe avec des gens qui font attention aux autres.
- Même si être en maison médicale peut avoir des avantages, l'inconvénient évoqué est la charge de travail amenée par les objectifs de santé de ces structures de soins (M2, M6, M11)
M2 : mais au bout du compte, moi je me suis aperçu me concernant, que ça n'a pas diminué ma charge de travail mais ça l'a bien augmenté et le fait de me regrouper en maison de santé, ouais, ça m'a aussi beaucoup augmenté mes charges
M6 : bien sûr le soir après qu'on ait fait nos 12h, des réunions pour savoir quand est ce qu'on va se réunir pour faire des protocoles, des réunions qui vont nous épuiser, qui vont nous prendre du temps de travail,

✓ Maître de stage

- Etre maître de stage permet de sortir de l'isolement et de lutter contre le burn out (M9)
M9 : je pense que ce qui peut protéger du burn out aussi c'est être maître de stage. (...) Donc tout ça, effectivement, rompre l'isolement, je pense que ça protège du burn out.

✓ Prendre du temps libre

- Pouvoir prendre des vacances, avoir des activités de loisirs est un point essentiel pour sortir de son activité professionnelle, prendre du recul, se reposer, se faire plaisir et prendre du temps pour soi (M1, M2, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, 12)
M4 : puis toujours la même chose, les vacances, les vacances, les vacances. Moi je préfère vraiment prendre 3 semaines de vacances s'il le faut plutôt que de m'arrêter pendant 6 mois
M7 : bon moi y a quand même le sport qui m'aide.(...) ouais avoir une petite bouffée d'oxygène, et les vacances !
M8 : Parce que la lutte contre le burn out, c'est à mon avis de se ménager des plages pour soi.
M10 : je veux dire quand les vacances arrivent, qu'au bout de 2 mois et demi-3 mois j'ai pas pris de congés, je sens que j'ai besoin un peu de... de me reposer
M11 : si je ne prenais pas ce temps pour moi, c'est sûr que... j'aurais arrêté quoi
M12 : là tu vois le jeudi, ce que j'aime bien dans la pêche, c'est qu'il peut rien arriver de grave.

✓ **Règlement intérieur entre professionnels**

- Avoir des règles définies, équitables et acceptées de tous permet de travailler plus sereinement avec les collègues (M2)

M2 : on a travaillé ensemble sur notre règlement intérieur, les 5 médecins(...) alors franchement ça, ça a été majeur.

III.6.5 Solutions médicales

✓ **Plate forme téléphonique**

- Certains médecins ont évoqué la plate forme téléphonique existante que les médecins en souffrance peuvent appeler (M6, M9, M11, M12). Un des médecins en a entendu parler par un de ses collègues qui a fait un burn out, un autre par la presse

M6 : grosso modo je crois qu'il existe une plate forme téléphonique,

M9 : je sais qu'il y a une ligne téléphonique qu'on peut appeler

M11 : je crois que y a un téléphone pour les médecins, pour faire ça, moi j'ai vu un médecin en hypnose qui a fait un burn out, donc ça m'a éclairé sur...

M12 : je veux pas te raconter de bêtises, mais je crois qu'ils avaient mis en place une hotline. Il me semble avoir entendu parler de ça.

✓ **Prise en charge psychologique du médecin**

- Aller voir un professionnel (psychologue, psychothérapeute, médecin généraliste, psychiatre) peut être une aide pour sortir de la souffrance et éviter le burn out. Il est nécessaire que le médecin soit pris en charge comme un patient (M1, M4, M7, M11, M12)

M7 : Donc là j'ai été consulter un peu, (râchement de gorge) justement pour pouvoir aller un peu évacuer, un endroit où pouvoir un peu lâcher.

M11 : Qu'ils soient pas considérés comme des médecins(...) prendre les gens comme des patients. Parce que vraiment c'est pas le métier, qui fait le burn out. C'est tout ce qu'il y a autour.

M12 : Y a des psychothérapeutes exprès. Bah d'ailleurs mon collègue qui avait été en maison de convalescence à Paris.... Maison spéciale pour les médecins burn outé, euh... ils apprenaient à dire non

✓ **Structure de soins pour les médecins**

- Avoir une structure de soins dédiée si le médecin ne va pas bien, auprès de laquelle il pourrait se tourner en cas de besoin avec des professionnels dédiés pourrait permettre de consulter plus facilement (M2, M3)

M2 : je pense que ça peut être fait, soit par le conseil de l'ordre, soit par les URPS, de proposer des outils qui puissent... (...) il peut y avoir un psychiatre qui peut être dédié à ça, qui soit disponible pas au bout de 6 mois ou au bout d'un an

M3 : je sais pas avoir peut être une cellule, à part, pour le médecin qui va pas bien. Une cellule pour lui, tout seul, qu'il puisse appeler et qu'il ait pas de RDV enfin... sauf si c'est pas urgent, mais qu'il ait pas un RDV 3 mois après. Une cellule particulière.

- Avoir une médecine du travail pourrait permettre de faire du dépistage et de la prévention vis-à-vis des médecins qui ne consultent pas forcément (M12)

M12 : je pense que les médecins ils devraient avoir une médecine du travail. Parce que les médecins ils sont pas soignés. (...) Qu'ils puissent voir les signes annonciateurs, et les mesures à prendre. Ça c'est... si on veut faire de la prévention faut vraiment passer par là.

✓ **Traitement médicamenteux**

- Prendre un traitement anti dépresseur par exemple peut aider le médecin avant qu'il ne soit en burn out (M4, M12)

M4 : moi je pense qu'en consultant, on peut essayer de, après de mettre en place aussi un traitement, un traitement antidépresseur

M12 : moi je suis sous PAROXETINE depuis 10 ans

III.6.6. Solutions financières

✓ **Aide à l'installation**

- Avoir des aides à l'installation en campagne et pas seulement dans les zones dites déficitaires pourrait inciter les médecins à s'installer dans les milieux ruraux (M4)

M4: dans 3 ans, ce sera un médecin pour.... 7000 habitants. (...) je serai en zone défavorisée, mais comme là ça fera plus de 3 ans que je suis installée, j'aurais pas d'aide du gouvernement parce que je me suis installée dans une zone...

- Pour un des médecins, l'incitation financière qui consiste à verser un salaire minimum n'est pas une solution efficace pour lutter contre la désertification et donc le burn out (M9)

M9 : Dans les déserts médicaux, avec 40 ou 50 patients par jour c'est... donc ça c'est pas du tout une incitation.

✓ **Dédommagement en cas d'arrêt**

- S'arrêter de travailler peut être un frein au niveau financier, les médecins ne pouvant plus assurer leurs charges. Un dédommagement financier en dehors de la prévoyance pourrait aider dans ces situations (M2)

M2 : Voir même qui puisse à un moment donné, le cas échéant, proposer une situation de dédommagement financier si à un moment donné ça nécessite de... le médecin qui dit « bah moi j'ai pas d'indemnités journalières je peux pas m'arrêter sinon.. »

✓ **Remise en cause de la cotation à l'acte**

- Avoir un autre mode de rémunération telle que la capitation ou le salariat, ou augmenter le prix de la consultation pourrait permettre un exercice plus serein (M3, M6, M10)

M3 : Le médecin généraliste, là bas aux Etats-Unis(...) il a 400 personnes x 1700\$ ce qui lui fait 680 000\$ par an, qui lui touche, qu'il voie le patient, ou qu'il ne le voie pas. S'il voit le patient, il va lui faire faire des prestations qu'il va lui faire payer en plus.

M6 : je pense qu'on va s'orienter de toute façon par des modes de fonctionnement euh... qui vont euh... qui sera celui qui sera accepté par les jeunes médecins, ce sera probablement des espèces de salariat.

M10 : c'est sûr que si y avait moins d'actes, y aurait... mieux valoriser, on serait moins speed, et moins sollicités ce serait pas plus mal

III.6.7. Parler de son exercice et du burn out

√ Groupe de paroles de médecins généralistes

- Parler de son exercice avec d'autres médecins, dans le cadre de groupes de pairs, de réunion entre collègues de même cabinet, de supervision, de groupe Balint, permet de partager ses difficultés et de ne pas rester isolé (M4, M10, M11, M12)

M10 : Ça peut être aussi intéressant de développer ça, entre collègues, la discussion.

M11 : je pense qu'il peut y avoir des trucs en groupe ; moi j'appellerais ça des interventions, et individuel avec des supervisions individuelles. Enfin quelque chose qui te permette de prendre de la distance avec ce que tu fais(...) de toute manière les groupes Balint, je pense que c'étaient des groupes qui étaient intéressants pour ça, et je pense que c'est... quand je dis groupe de pairs, c'est pas pour parler du côté technique, mais qu'on parle de ce qui se passe.

√ Informer sur le burn out

- Pouvoir avoir une information claire sur le burn out pourrait aider en cas de difficultés, savoir à qui s'adresser, favoriser les formations sur ce sujet (M3, M5, M9)

M3 : quand on s'installe, il faudrait qu'il y ait, dans ce cas là, un petit dépliant pour le médecin qui s'installe, bah voilà si vous êtes malade, si vous êtes pas bien bah voilà, adressez vous là. Y a un endroit, ça existe. Un truc pour vous.

M5 : Mais voilà il faudrait peut être euh... amplifier ce phénomène, divulguer plus, faire des réunions là-dessus, euh... tu vois. Envoyer, pourquoi pas, le ministère, pourquoi est ce qu'ils enverraient pas des papiers de...

M9 : Si ce n'est toutes les formations qui sont faites sur le sujet, dont on entend parler

√ Informer sur le burn out et la prévention pendant l'internat

- Informer les internes et les former sur le burn out pourraient permettre de prévenir ce syndrome pour l'exercice futur, ainsi que pendant leur internat (M9)

M9 : dire aux internes vous êtes à risque de faire un burn out.

III.6.8. Solutions dans la relation avec le patient

✓ Désacralisation du rôle du médecin

- Le rôle actuel du médecin a changé, la disponibilité qu'il peut avoir est différente. Pour un exercice plus serein, il est important que les patients puissent le comprendre (M2, M8, M9)

M2 : il faut qu'on sorte de ce système où on calque trop les patients sur un médecin etc. Mais euh... plus sur un groupe de médecins

M8 : Et puis ils ont compris depuis 15 ans qu'il fallait arrêter de nous mettre à toutes les sauces 24 heures / 24. Ils ont compris ça quand même

M9 : ils ont connu la période où le médecin était corvéable à merci, donc ils ont compris. Reste à convaincre les médecins que ça aussi ça doit être fini.

✓ Formation sur la communication avec le patient

- Lors de l'internat d'interne ou lors de FMC, se former sur la communication ou l'entretien motivationnel permettrait d'améliorer la relation et l'exercice du médecin, et donc éviter le burn out (M2, M10, M11)

M2 : la formation ETP [éducation thérapeutique du patient] et de l'entretien motivationnel, permet finalement euh... et ça c'est super important, ça pour éviter le burn out, des formations spécifiques qui permettent de remettre le patient au centre de la problématique

M10 : je pense à l'entretien motivationnel, je pense que c'est un bouquin qui peut être intéressant, des fois que j'utilise quand ça peut être difficile de gérer

M11 : l'hypnose parce que c'est la formation que j'ai fait, mais si tu fais de la méditation pleine conscience, si tu fais un travail de PNL [programmation neurolinguistique], si tu fais un autre travail, de toute façon, c'est de savoir... de te mettre à la bonne place. Quelque soit le travail, enfin... quelque soit l'outil, moi il me semble que ça c'est aidant.

✓ Parler de ses erreurs au patient

- Accepter d'avoir fait une erreur et en discuter avec le patient, bien que difficile, peut éviter la conséquence juridique et garder un lien avec le patient (M4, M8)

M4 : je me suis rendu compte que finalement en expliquant au patient que t'as fait une bêtise (...) maintenant ça se passe bien. (...) Je suis sûre que d'être honnête envers tes patients c'est la meilleure façon qu'ils portent pas plainte.

M8 : les gens comprennent très bien que le médecin il a des limites, faut pas hésiter à leur dire, et faut pas hésiter à reconnaître quand on a fait une erreur

✓ Règlement entre patient et médecin

- Poser des règles claires pour les patients peut permettre de lutter contre le burn out, que cela vienne du médecin ou des institutions (M3, M4)

M3 : peut être que si y avait des actions gouvernementales, aussi, pour dire, éduquer les patients.

M4 : [en parlant d'une consœur] après c'était quelque chose de très règlementaire dans son cabinet, avec une obligation de consultation pour ça, pour ça. Ne pas faire vite fait des ordonnances comme ça. Elle a réussi à mettre des barrières après.

III.6.9. Méconnaissances des solutions existantes

- A la question « qu'est ce vous connaissez comme mesures de prévention existantes » ou « est ce que vous connaissez des mesures existantes ? » 5 médecins ont dit ne pas en connaître (M1, M2, M5, M8, M10) et les autres n'avaient pas d'idées précises

M2 : non ça existe pas. C'est sûr que non, ça existe pas. Je sais même pas si on s'est posé la question, et avoir les personnes ressources

M5 : non. Bah non. Non je vois pas ce qui... tout ce que je te dis j'ai été le chercher moi, mais... ça a pas été proposé. (silence)

M8 : non pas spécialement.

- Un médecin ne voit pas de solution au burn out (M6)

M6 : non, je pense qu'il n'y a aucune solution, parce qu'il faudrait une... une révolution euh... d'hommes politiques sur le mode de la santé, et ça, ni les Français n'en sont capables, ni les... et encore moins les politiques, qui sont d'une bêtise sans nom, qui sont complètement déconnectés de la réalité.

IV. DISCUSSION

IV.1. Forces et faiblesse de l'étude

Devant le peu d'études faites sur la prévention du burn out, la méthode qualitative par entretien semi-directif semblait être la méthodologie la plus adaptée pour explorer les données subjectives sur le vécu des médecins. La recherche exploratoire a « pour fonction de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures préalables et de mettre en lumière les aspects du phénomène auxquels le chercheur ne peut penser spontanément » (9). Les résultats obtenus dans le Nord Pas-de-Calais allaient-ils être les mêmes que dans ce travail ? (8) Le questionnaire soumis aux médecins libéraux en Ile de France a-t-il empêché de mettre en avant d'autres propositions non décrites ? (2). La réalisation de focus group aurait pu gêner les médecins interviewés, de part la sensibilité du sujet évoqué et de son aspect parfois tabou.

Le recueil des entretiens a été fait par une seule personne. Ayant peu d'expérience dans ce type d'exercice, mon discours et mon langage non verbal ont pu influencer les réponses des médecins interrogés (biais de suggestion). De même dans le codage et l'analyse des données, une part de subjectivité a pu entraîner un biais d'interprétation. Cependant, une triangulation a été faite pour les deux premiers entretiens et ont montré un codage similaire. Bien que les autres n'aient pas été soumis à cette même triangulation, tout au long de l'étude, une validation de la thématisation a été faite par la directrice de thèse. (10)

La connaissance de certaines personnes que j'ai interrogées a pu induire un biais de sélection. Cependant, la recherche d'un échantillon diversifié a augmenté les chances d'avoir des informations variées et originales

La saturation des données obtenues au 10^e entretien, confirmée par deux entretiens supplémentaires a permis de renforcer la validité externe.(10)

IV.2. Discussion des résultats

IV.2.1. Définition du burn out

Les médecins interrogés s'accordent pour dire que le burn out a pour cause le travail et que son installation se fait au fil du temps. Ce syndrome est par définition une maladie qui touche d'abord le milieu professionnel (11). L'installation progressive du burn out des soignants peut être décrit en 4 phases (12,13). La première correspond à l'enthousiasme idéaliste : le soignant se sur-identifie au patient, et dépense une énergie importante et un surinvestissement. Cependant, devant le constat du peu d'efficacité par rapport à l'énergie investie, va alors commencer une stagnation, de

l'ennui et un manque de distraction. Il se produit un désinvestissement progressif qui fait que son métier n'est plus vécu comme excitant. Vient ensuite le sentiment de frustration. A ce niveau se développent les troubles physiques, comportementaux et émotionnels du burn out. Le médecin remet en cause son choix professionnel, n'a plus envie de travailler et remet en cause son efficacité. De part cette frustration chronique, le médecin va devenir apathique. Pour se protéger, il va adopter une attitude d'évitement des conflits, des relations humaines, se replier sur soi et devenir comme insensible. Le besoin économique de son travail, motivation quelque peu réductrice, entraîne la dévalorisation de lui-même. N'écoulant pas son corps ou son entourage, il continue de travailler jusqu'à se sentir dévoré et « brûlé », l'obligeant à s'arrêter contraint et forcé.

Le point sur lequel les médecins se sont interrogés est l'analogie ou la différence entre burn out et dépression. Bien que la dépression puisse être une conséquence du burn out et arriver par la suite, il est à différencier de ce dernier par plusieurs points, comme le résume le Tableau 2, extrait du guide d'aide à la prévention sur le burn out réalisé par l'ANACT (Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail) et l'INRS (l'Institut National de Recherche et de Sécurité) (11).

Dépression	Syndrome d'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel et humeur dysphorique (changeante, instable).	Épuisement émotionnel et humeur dysphorique.
Étendue à tous les aspects de la vie et pas seulement au travail.	Lié spécifiquement au travail.
Caractérisée par une perte du goût des choses et de la vie.	Conservation du goût des choses dans les aspects de la vie autres que le travail.
Plus faible estime de soi, défaitisme, moins grande vitalité.	Estime de soi et réalisme plus grands, vitalité plus forte, que pour la dépression.
Les antécédents de dépression peuvent favoriser l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel.	Le burnout peut s'aggraver en dépression.

Tableau 2. Différence entre dépression et burn out

IV.2.2. Amélioration des facteurs individuels liés au burn out

Bien que non évoqué par les personnes interrogées, être médecin peut en soi être une cause de burn out. Le soignant, par la spécificité de son métier, est un malade particulier dans le burn out. Comme l'explique le Dr Delbrouck dans son livre *Le burn-out du soignant* (14), la répétition des traumatismes et leur intensité représentent un impact psychologique et émotionnel important. De plus, la diversité des problématiques peut affecter le soignant, du fait de la souffrance de l'autre et de sa propre souffrance par identification projective. Son vécu personnel peut influencer sur la façon de ressentir les événements et sur la façon dont il reçoit les souffrances de ses patients.

La personnalité du médecin a un rôle important dans l'apparition d'un burn out. Plusieurs médecins ont évoqués leur éducation, le sens du devoir et le besoin de reconnaissance. Dans son rapport sur les médecins de Champagne-Ardenne (3), Truchot évoque les analyses de Cherniss faite en 1980 sur les orientations de carrière et ce qui motivent les médecins.

Quatre catégories sont à distinguer :

- L'activiste social ou le militant : critique à l'égard d'une profession qu'il espère transformer, le travail représente plus un engagement qu'un emploi
- Le carriériste : recherche le prestige, la sécurité financière, la reconnaissance sociale, l'obtention de renforcements extérieurs
- L'artisan : valorise l'activité professionnelle, développe de nouvelles expériences
- L'égoïste : cherche à satisfaire sa vie personnelle, importance de la sphère privée, peu d'investissement dans le travail

Chacun peut être un peu des 4, mais avec une certaine dominance. Dans ce travail, il en ressort que 2 groupes semblent protégés du burn out : les activistes et les artisans. Les carriéristes sont les plus stressés, le score d'accomplissement personnel est par contre élevé. Les égoïstes sont les moins accomplis avec un fort taux d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et un faible accomplissement personnel. Les médecins sont au départ plutôt artisans et activistes. Après quelques années d'exercice, les égoïstes sont de plus en plus nombreux. Cette orientation gagne du terrain chez les plus jeunes. La personnalité de chacun est donc une composante importante à prendre en compte pour prévenir le burn out.

Le sexe du médecin a été évoqué comme facteur protecteur : les femmes pourraient faire moins de burn out. Dans une étude parue en 2004 sur les médecins libéraux de la Loire (4), un niveau d'épuisement élevé était significativement associé au sexe féminin, pouvant s'expliquer par la relation émotionnelle à l'égard de leurs malades (4) et la difficulté matérielle et affective à concilier leurs vies professionnelle et familiale (15). Il apparaît également que les femmes médecins ressentent une qualité de vie moindre que les femmes non médecins (16). Cependant, dans la région PACA, l'étude réalisée auprès des médecins généralistes de ville, avec un taux de réponse de 96,4% n'a pas mis en évidence de lien entre épuisement émotionnel ou dépersonnalisation et sexe féminin. (5). Même si les résultats sont divergents, il semble malgré tout que le fait d'être une femme ne soit pas un facteur protecteur de burn out.

Les solutions mises en avant au niveau individuel par les médecins de l'étude sont l'affirmation de sa personnalité, être à l'écoute de soi, savoir faire la différence entre vie personnelle et professionnelle. Tout cela relève du travail sur soi. Cependant, pour beaucoup, la peur de consulter ou la méconnaissance de qui aller voir était un frein. Pourtant, c'est un point essentiel dans le vécu de la relation médecin-patient et dans la capacité à adopter la bonne distance vis-à-vis de ce dernier : être bien soi-même permet de pouvoir gérer les autres du mieux possible. Dans un article paru dans Primary Care (revue suisse) en 2001 (17), l'auteur explique comment sa formation et sa participation aux groupes Balint lui a permis d'apprendre à se connaître, à comprendre ses émotions et ses réactions et lui a permis d'avoir la juste distance avec ses patients. Etre trop investi risque d'entraîner un épuisement du soignant, être trop en retrait peut être source de sentiment de non accomplissement personnel. Dans les réponses données par les médecins, certains évoquaient le retrait comme solution. Cela n'est donc en rien la solution idéale, et peut même être une manifestation de burn out. Le Dr Barbier, dans un article paru dans Psychiatrie en 2004 (13), met en avant l'hygiène de vie personnelle (faire un sport, avoir une passion) pour permettre une déconnection et un épanouissement hors du travail. Proposer une psychothérapie peut permettre au soignant de comprendre les causes de son mal-être et répondre à une interrogation sur ses choix. En 2014, l'URPS du Centre a proposé une formation sur la prévention de l'épuisement, apprendre à dire non et penser à soi, à laquelle 52 médecins généralistes ont participé. Depuis, il n'y a pas eu de formation similaire pour les médecins faite par l'URPS.

Une conséquence importante du burn out est le retentissement sur la vie personnelle. Les médecins ont évoqués le manque de disponibilité pour leur vie privée, l'empiètement de leur travail en dehors de leur cabinet. Personne n'a évoqué le divorce comme conséquence du burn out. Pourtant, le taux de divorce et de séparation est supérieur à la moyenne nationale.(18)

IV.2.3. Amélioration des conditions d'exercice

Comme évoquées par les médecins interrogés, les causes liées à l'exercice des médecins telles que la charge de travail élevée, le poids de l'administration, les conflits avec les organismes sociaux, la longueur des journées, l'interruption des consultations, l'isolement (2-5) sont fréquemment retrouvées dans les différentes études faites en France.

La démographie médicale actuelle est une des causes de la surcharge de travail ressentie par les médecins. Au 1^{er} janvier 2016, 2825 médecins généralistes exercent en région Centre (19). Le Conseil National de l'Ordre des Médecins évalue qu'en 2025, une baisse d'effectifs réduira le nombre à 2455. Entre 2007 et 2016, la densité régionale a baissé de presque 21%, passant de 136 à 70 médecins généralistes exerçant en libéral ou en activité mixte pour 100 000 habitants. Ce chiffre étant une moyenne sur le département, des disparités existent et certaines communes sont en dessous de cet effectif. D'après un rapport sur la démographie médicale de 2013, 24% des médecins généralistes de l'Indre et Loire ont 60 ans ou plus, la moyenne d'âge étant de 52 ans (20). Cet état des lieux permet de voir que la région Centre enregistre la 2^e plus forte baisse des effectifs sur 9 ans, avec une prévision d'aggravation de ce constat dans les années à venir (FIGURE 1). Dans les années 2000, l'installation des jeunes médecins généralistes en région centre a été faible (21). (ANNEXE 3)

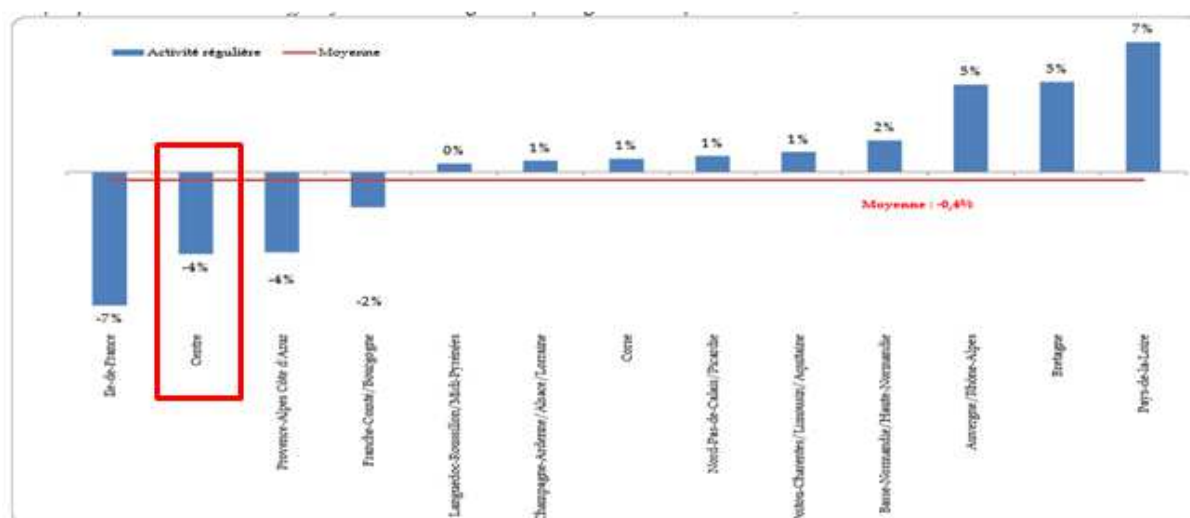


Figure 1 Variation des effectifs en activité régulière entre 2007 et 2016 issue du rapport du CNOM 2016

Pour pallier au manque de médecins, l'ARS propose des solutions financières aux étudiants de 3^e cycle de médecine s'ils font leur stage chez des médecins du département concerné (aide au logement, aide financière) ou s'ils s'engagent à s'installer dans le département en échange d'une allocation mensuelle (CESP). Les médecins peuvent également obtenir des aides forfaitaires à l'installation selon les zones prioritaires. (22,23). Bien que sollicitées par les médecins de notre étude, plusieurs sujets de thèse faits sur les motivations à l'installation des médecins dans les zones rurales ont montré que les incitations financières n'étaient pas un déterminant dans le choix du lieu

d'installation (24,25). Une étude faite par le CGET (Commissariat Général à l'Égalité des Territoires) entre 2013 et 2014 (21) a mis en évidence les facteurs d'attractivité des jeunes médecins (FIGURE 2)



Figure 2 Facteurs d'attractivité pour une installation selon rapport de la CGET

La thèse réalisée en 2014 par Cindy VEAUUVY sur l'installation des jeunes médecins en zone rurale en Indre-et-Loire (24) confirme ces données.

Ainsi, plusieurs solutions peuvent être proposées : favoriser la découverte de la médecine générale en aidant les internes et les maîtres de stage ainsi que les remplaçants, proposer aux jeunes médecins généralistes de nouveaux cadres d'exercice (regroupement, temps partiel facilité, exercice salarié, exercice libéral sans installation définitive, aides dans les tâches extra-médicales), communiquer auprès des internes et jeunes médecins généralistes (incitations financières, valoriser les atouts des territoires, assurer l'efficacité de la diffusion de l'information au niveau régional). Plusieurs départements ont mis en place des solutions concrètes (ANNEXE 3). Toutes ces propositions sur les conditions d'installation et d'exercice ont été proposées par les médecins interrogés.

Deux médecins de l'étude exercent dans une MSP, Maison de Santé Pluridisciplinaire. Le développement de ces structures fait parti du « Plan Urgence Santé » adopté par la Région Centre-Val de Loire (26). Le but de ces structures est de mettre en place des actions ciblées de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique. Ainsi 58 projets de MSP sont déjà validés en Indre-et-Loire et 40 sont en service (ANNEXE 4). Cependant, les objectifs fixés dans ces structures peuvent être un frein pour certains professionnels, car chronophages (27).

Une des solutions pouvant soulager la charge administrative est le secrétariat. Cela permet aussi d'avoir une barrière entre le médecin et les patients et avoir un rôle protecteur. L'URPS Centre propose en 2016 une formation à destination des secrétaires pour permettre une relation avec le patient satisfaisante, gérer les urgences et les tensions ou l'agressivité, et ainsi éviter le burn out des médecins (28). Cependant, le coût engendré par un secrétariat physique est un frein à l'embauche.

La diversification de l'activité médicale, le mi-temps, la réduction des horaires ou l'augmentation des vacances ou des loisirs sont des possibles moyens de protection évoqués par les médecins. Dans l'étude faite en Ile de France (2), les vacances et loisirs sont les moyens de protection les plus cités par les médecins libéraux. Contrairement à d'autres travaux réalisés (29,30), aucun médecin interrogé n'envisage de reconversion professionnelle. Dans une étude faite sur les médecins

de plus de 55 ans dans l'ouest de la France (31), 70% des médecins veulent diminuer leur temps de travail. Le risque de ces changements d'exercice est d'augmenter la charge de travail pour les médecins restants, surtout dans des zones déjà déficitaires. C'est pourquoi faciliter les remplacements est une solution importante. En Indre-et-Loire, un site de mise en relation des médecins installés et remplaçants, REMPLACENTRE, permet de faciliter les recherches. Un seul médecin a évoqué cet outil lors des entretiens. Dans chaque département français un site de mise en relation gratuit est à disposition. Il paraît important de s'assurer que cette information puisse être diffusée auprès des médecins installés.

Dans notre étude, les médecins interrogés n'ont pas évoqué l'insécurité comme cause de burn out, contrairement à d'autres régions (2). D'après l'Observatoire national de la Sécurité des Médecins, l'Indre-et-Loire fait partie des départements les moins touchés (ANNEXE 5).

IV.2.4. Prise en charge médicale à améliorer

Dans les entretiens réalisés, les médecins évoquent leur difficulté à se faire prendre en charge. D'abord parce que le plus souvent ils sont eux-mêmes leur médecin traitant, parce que se faire prendre en charge psychologiquement peut être difficile à accepter, et parce que pour la plupart ils ne savent pas vers qui se tourner et où consulter. Les conséquences du burn out peuvent être physiques ou psychiques (addictions, dépression, suicide, troubles du sommeil, dévalorisation de soi) et peuvent impacter la prise en charge des malades et l'exercice du médecin (possible arrêt d'activité, hospitalisation, reconversion). Dans une revue de littérature faite en 2014 (32) sur la santé des médecins généralistes libéraux, même s'ils s'estiment en bonne santé, 40% trouvent que leur prise en charge est mauvaise. Il apparaît que les médecins se prennent eux-mêmes en charge au niveau physique de façon similaire voire supérieure à la population générale. Ce qui est plus préoccupant est leur santé psychique. Peu habitués à un suivi, ils semblent oublier de prendre soin d'eux-mêmes. Leur consommation d'hypnotiques et de psychotropes est plus importante, en particulier chez les femmes et dans la majorité des cas par auto-prescription. Le suicide des médecins, conséquence dramatique du burn out, a longtemps été ignoré en France, puisqu'il faudra attendre 2003 pour avoir la première étude sur le sujet en association avec le CNOM (33). Entre 1998 et 2003, 69 médecins se sont suicidés.

Un autre frein à aller consulter est qu'il peut être difficile pour un confrère de prendre en charge un autre médecin. Comme le rapporte le médecin M11, prendre en charge le médecin comme un patient est essentiel pour se sentir entendu dans sa problématique. Dans un article sur la prise en charge des médecins malades (34), Galam évoque les difficultés des médecins-soignants à prendre en charge les médecins-malades, et quelle distance adopter vis-à-vis de ces patients pas comme les autres. En 2011, le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins en santé) belge a publié un rapport sur les moyens de prévention et de prise en charge du burn out des médecins généralistes (35). Il propose d'organiser un service de santé pour les médecins généralistes, avec l'encouragement pour ces derniers d'avoir leur propre médecin traitant en dehors de leur cercle d'amis et de leur zone géographique. Ce médecin référent devrait avoir suivi une formation spécifique à la prise en charge d'un confrère. Il propose également de mettre en place une médecine du travail avec des visites régulières obligatoires (tous les 3 ans par exemple). Interrogés lors d'une thèse sur les attentes des

médecins sur leur prise en charge médicale (36), parler du burn out lors des consultations était une des propositions les plus importantes (ANNEXE 6).

Des solutions de prise en charge des médecins existent. L'association IMHOTEP Haute Normandie (37) est une médecine préventive pour les médecins libéraux. Elle a été créée après interrogation des médecins de la région qui sollicitaient ce type de structure à 80%. Ce n'est cependant pas une médecine du travail car aucune aptitude à l'exercice de la profession n'est déterminée. L'association MOTS (38) créée en 2010, permet à tout médecin éprouvant des difficultés dans son travail, pour des raisons personnelles ou professionnelles d'appeler et d'être orienté vers une personne ou une structure ressource selon sa problématique par des médecins compétents en ergonomie et santé au travail. Cette association propose une formation sur « Soigner les soignants ». L'Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux (AAPML) met à disposition depuis 2004 un numéro d'appel unique pour tous les professionnels de santé en difficulté, 24h/24 et 7j/7 (39). Il permet d'entrer en contact avec un psychologue clinicien spécialisé dans les problématiques liées au travail. Cette structure de 1^{er} recours peut s'accompagner d'orientations adaptées si la gravité le nécessite. L'APSS (Association Pour les Soins aux Soignants) propose 40 lits d'hospitalisation répartis en France. D'autres associations existent (40).

Les médecins ont peu de connaissance voire aucune de ses solutions existantes. L'information sur ces structures est essentielle et semble devoir être améliorée.

IV.2.5 Aides financières

Au moment des entretiens, le prix de la consultation à 23 euros paraissait insuffisant. La médecine générale est une spécialité, il était important que cela soit reconnu comme telle. Pour les médecins interrogés la consultation semble peu valorisée pour les objectifs à réaliser et les charges à payer nécessitent de multiplier les consultations. En août 2016, un accord a été signé revalorisant la consultation à 25 euros en 2017, ainsi que d'autres consultations selon leur complexité (41). Une revalorisation de la ROSP est également prévue. Bien qu'il s'agisse de revenus complémentaires pour les médecins, aucun ne l'a évoqué dans les entretiens. (42)

D'autres modes de rémunération ont été évoqués dans les entretiens, notamment la capitation. Un rapport de 2008 (43) réalisé par la DGTPE (Direction Générale du Trésor et la Politique Economique) relèvent les différents modes de rémunération des médecins. Il existe 3 modes de rémunérations : le paiement à l'acte, le salariat, la capitation. Chaque mode produit un système d'incitation différent. Le paiement à l'acte incite les médecins à augmenter leur productivité (nombre de consultation à l'heure), mais le risque est une demande induite (faire revenir des gens qui n'en ont pas besoin) et de moindre qualité (faire plus de consultation en moins de temps). Dans les études sur le paiement à l'acte, il ressort que les médecins adressent moins aux spécialistes. La capitation consiste à verser une somme forfaitaire pour un nombre de patients, qu'ils soient vus ou non. Elle permet une maîtrise globale des dépenses. Elle incite le médecin à augmenter la taille de sa patientèle et donc incite à une concurrence entre les médecins. Le praticien peut aussi accéder aux demandes de patients qui peuvent paraître non justifiées (arrêt maladie, médicaments) sous crainte que ces derniers ne changent de médecin traitant. Le médecin peut être incité à « rationner » les soins et évincer de sa patientèle les pathologies les plus lourdes. Dans les systèmes où la capitation existe un montant forfaitaire est versé pour s'ajuster aux caractéristiques des patients les plus lourds. Le risque est alors inverse, favoriser les patients en mauvaise santé. Le salariat permet un revenu

garanti, une meilleure qualité de soins mais un risque désincitatif sur l'offre des médecins (problème d'incitation à l'effort). Les différentes études montrent que les incitations financières orientent la pratique médicale. En France, le système de rémunération est mixte, avec un paiement à l'acte et un forfait fixe (le ROSP). Le but recherché est d'aider à développer les activités de dépistage et de prévention en fixant des objectifs en contre-parti de forfait. Dans ce rapport, cette rémunération mixte « peut enfin répondre à la demande des médecins en termes de demande d'exercice et jouer sur l'attractivité de la profession ». Dans la thèse de A-S Rouger en 2013 sur le choix de la médecine générale aux ECN, l'incitation financière n'était pas un facteur d'attractivité (44). Un changement de mode de rémunération en France n'est donc pas si évident.

En cas de maladie, un des médecins a évoqué le fait d'avoir une aide financière en dehors de la prévoyance pour pouvoir s'arrêter. L'APSS, issue de fonds d'action sociale de la CARMF et du Conseil National de l'Ordre, propose en plus de structures dédiées à la prise en charge des professionnels de santé, une prise en charge du médecin pour des pathologies psychiques et addictives avec suppression du délai de carence de 90 jours en contrepartie d'un engagement de soins (45). Une aide à la reprise progressive de l'activité avec conservation des indemnités journalières peut aussi être proposée. Ces dispositifs étaient inconnus des médecins interrogés. Ces types de dispositif relèvent plus de la prise en charge du burn out que de moyens de prévention.

IV.2.6. Améliorer la relation médecin-patient

L'attitude du patient envers son médecin a un rôle dans l'apparition du burn out. Perçu comme consommateur de soins, demandeur de disponibilité et de performance, parfois en opposition avec le médecin, tout cela peut être difficile à vivre pour les médecins de l'étude. Dans une recherche sur l'influence de l'iniquité perçue et le burn out (6), Truchot montre que plus le médecin se sent sous-bénéficiaire dans sa relation avec le patient, plus le degré d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation est élevé. Les conséquences sur la prise en charge du malade peuvent être graves, avec un risque de retrait psychologique (46) et d'altération de la qualité des soins.

Pour améliorer cette relation, la communication entre le médecin et son patient est essentielle. Bien que faisant partie des compétences de validation du DES de Médecine Générale (47), peu de formations sont proposées au cours des études. Dans un article sur l'apprentissage de la communication par les médecins (48), l'auteur propose des éléments pour une stratégie efficace de l'enseignement et l'apprentissage de la communication (TABLEAU 3). Il est notamment proposé des activités de « découverte de soi », la relation médecin-patient étant influencée par les facteurs individuels inhérents aux médecins.

Tableau 1 : Les éléments d'une stratégie efficace pour l'enseignement et l'apprentissage de la communication

1. Un référentiel basé sur les données scientifiques probantes
2. Une pratique des habiletés avec une rétroaction spécifique
3. Un cursus cohérent et longitudinal
4. Un processus d'évaluation des apprentissages
5. Des activités de « découverte de soi »
6. Des cliniciens, modèles de rôle

Tableau 3 Eléments pour l'apprentissage de la communication par les médecins

Au Québec, les internes effectuent un stage de 6 mois en médecine de famille. Chaque semaine, une demi-journée est consacrée à l'apprentissage de la communication. Ce séminaire d'entrevue médicale comporte une partie atelier et une partie vidéo. Les externes (équivalent du DCEM 4 en France) participent également à ces ateliers où différents thèmes sont abordés (ANNEXE 7).

Un des médecins interrogés a évoqué le fait d'établir un règlement entre le médecin et le patient. L'URPS de Bourgogne propose une affiche de droits et devoirs du patient à afficher dans la salle d'attente (ANNEXE 8).

Une importante cause de burn out évoquée dans les entretiens est l'erreur médicale. La peur d'une conséquence médico-légale peut rajouter une pression supplémentaire. Une des solutions évoquées est de parler de ses erreurs avec le patient. L'HAS a émis en 2011 un guide « Annoncer un dommage lié aux soins » (49). Il est important de communiquer sur ce sujet avec le patient d'abord parce qu'un dommage peut avoir d'importantes répercussion sur lui et parce que, à la suite d'une erreur, il va manifester certaines attentes. Il est facile d'imaginer que l'annoncer peut être difficile : la relation soignant-patient est complexe, la communication se complique lorsque le dommage est consécutif à une erreur avec des appréhensions personnelles et professionnelles, la peur de la judiciarisation agit comme un frein. Les médecins libéraux doivent pouvoir trouver une aide extérieure pour sortir de l'isolement dans lequel ils peuvent être plongés. La formation sur la gestion de l'erreur médicale est donc indispensable dans le cursus des soignants. Cela peut aussi permettre de casser l'image du médecin infailible et qui doit être dans une obligation de performance à tout prix. Dans les DMG de Lyon, Paris et Saint-Etienne, des enseignements sur le sujet sont dispensés. A Paris Diderot, les familles de situation « Situations autour de l'erreur médicale ou d'évènements indésirables » et « situations psychologiquement marquantes en tant que soignant » ont été ajoutées aux familles décrites par le Collège National des Généralistes Enseignants. En 2010 l'HAS a publié un guide sur les revues de morbi-mortalité pour les médecins généralistes (50) afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. A noter que dans l'enquête réalisée en 2007 par l'URML d'Ile de France, la 2^e solution sollicitée « mieux définir la nature et les limites de la responsabilité médicale » n'a pas été citée par les médecins interrogés dans mon travail.

IV.2.7. Parler du burn out et de son exercice professionnel

Deux des médecins interrogés ont eu l'expérience du burn out pendant l'internat : un personnellement et l'autre par ses collègues. Leur vision du métier et la charge de travail pouvaient expliquer leur vécu. En 2011, la thèse réalisée sur les internes de France (51) a montré un score d'épuisement émotionnel pour 16%, de dépersonnalisation pour 33,8% et un score d'accomplissement personnel bas pour 38,9%. La charge de travail, le manque de reconnaissance, le stage hospitalier aux urgences ou le temps consacré à la vie privée sont des facteurs liés au burn out des internes.

Une des mesures possibles pour lutter contre le burn out est le partage sur ses difficultés à travers des groupes de parole, comme les groupes Balint. Le principe de ses groupes est de réunir entre 8 et 12 médecins, encadrés par un ou 2 leaders, psychanalystes ou soignants ayant suivi un parcours analytique personnel. Ces leaders sont validés par la SMB (Société Médicale Balint). Le but de ces réunions est le repérage et la compréhension des éléments en jeu dans la relation et le développement de la capacité relationnelle de chaque professionnel dans son activité.(52) Ces groupes ont été mis en place dans différentes facultés pour les étudiants de 3^e cycle voire de 2^e cycle. Des groupes de pairs existent également. Des médecins généralistes se réunissent pour faire une analyse argumentée de leur pratique en s'appuyant sur l'expertise collective (53). Bien que désireux de participer à un groupe de pairs, un des médecins a fait part de sa déception sur le déroulement de celui auquel il avait été, qui ne correspondait pas à ses attentes. La participation à ces groupes étant basée sur le volontariat, les médecins peuvent éprouver des difficultés à aller vers ce genre de structure. Pour le médecin M6 interrogé, une formation a été l'occasion d'évoquer avec ses confrères les difficultés dans leur pratique. Cela équivalait pour lui à être « des pleureuses » et peut être vu comme « une faiblesse ». Les freins sont donc nombreux à partager l'expérience quotidienne de leur activité et des difficultés rencontrées.

IV.2.8. Pistes à approfondir

Dans les entretiens réalisés, le manque d'information ressort clairement sur les solutions existantes. Ce qui manque aux médecins interrogés est savoir où s'adresser, à qui en cas de difficulté avant de tomber dans le burn out. Pour pallier à ce manque, un e-mail pourrait être envoyé chaque année aux médecins par le Conseil de l'Ordre ou les URPS avec les ressources possibles mobilisables en cas de besoin : qui joindre en fonction du département, quel numéro...

La formation initiale est importante dans la prévention du burn out : informer les internes, améliorer le travail de communication et de relation médecin-patient par des formations spécifiques, par la promotion des groupes Balint, par le travail sur soi. Aider les futurs praticiens libéraux à s'interroger sur leurs conditions de pratique, autre que financière et juridique, pourrait être intéressant.

Comme les études le montrent, les médecins se prennent peu en charge sur leur santé psychique. Le développement de structures comme une médecine du travail avec des médecins formés à la prise en charge de soignants et au dépistage de pathologie au travail pourraient permettre de dépister les médecins qui ne vont pas spontanément consulter.

CONCLUSION

Le médecin, par la relation de soins, est plus à risque de burn out. Ce syndrome s'installe lentement, au fur et à mesure du temps jusqu'à consumer le médecin qui peut être comme « brûlé ». Le déséquilibre entre la dépense d'énergie importante au départ, par idéalisme de son métier, et le constat du peu d'efficacité par rapport à l'énergie investie va entraîner peu à peu le sentiment de lassitude et d'épuisement.

Les causes évoquées par les médecins interrogés sont celles retrouvées dans les autres études : des causes inhérentes au médecin, les conditions d'exercice individuelles et générales, l'organisation du système de soins, les causes financières, médicales et la relation médecin-patient.

L'épuisement professionnel est un syndrome à prendre en compte pour les médecins, car les conséquences dans la relation de soins peuvent être délétères. Le médecin pour se protéger va adopter une attitude de retrait et de perte d'empathie, altérant la relation et la qualité des soins. D'autres conséquences comme l'arrêt de son activité temporaire ou définitive, le déséquilibre entre sa vie personnelle et professionnelle, l'apparition de pathologies physiques ou psychiques, comme l'addiction, la dépression voire le suicide ne sont pas acceptables et doivent être prévenues.

« Un bon médecin est un médecin en bonne santé et surtout un médecin vivant » Y. Léopold

Les solutions proposées par les médecins généralistes de l'Indre-et-Loire sont diverses. Parmi elles, des moyens de prévention ont été proposés au niveau personnel (travail sur soi, savoir dire non), au niveau des conditions d'exercice (aide administrative, travail en groupe, diversification de l'activité, adaptation de l'emploi du temps, maîtrise de stage), au niveau médical (prise en charge psychologique et médicale des médecins, structures de soins dédiées, médecine du travail), au niveau financier (remise en cause de la cotation à l'acte, dédommagement en cas d'arrêt, aides à l'installation), au niveau de la relation médecin-patient (amélioration communication avec le patient, parler de ses erreurs), sur le partage de leur expérience sur leur exercice et sur le burn out (groupe de parole, formations sur le burn out, formations pendant l'internat).

Les solutions individuelles sont accessibles à chaque médecin. Pourtant aller consulter est un frein. Améliorer la formation initiale par des ateliers sur la communication médecin –patient, favoriser le travail sur soi, apprendre à gérer l'erreur médicale pourraient permettre de libéraliser ces pratiques et montrer que le médecin n'a pas pour obligation d'être infaillible. Informer sur le burn out, pendant les études ou chez les médecins installés, inciter à se poser des questions sur son installation autres que sur des considérations financières et juridiques pourraient permettre une meilleure préparation aux conditions d'exercice.

Certaines solutions existent déjà, comme les associations d'aides aux soignants (MOTS, AAPML, IMHOTEP, APSS) mais sont inconnues pour la plupart des médecins et ce malgré 12 ans d'existence pour l'AAPML. La méconnaissance de ces dispositifs pourrait être palliée par la diffusion d'information via le Conseil de l'Ordre ou les URPS.

La difficulté à consulter spontanément pour les médecins incite à développer des structures de prévention. Une médecine du travail pourrait être envisagée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, others. Maslach burnout inventory. Eval Stress Book Resour. 1997;3:191-218.
2. La souffrance du soignant - L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives [Internet]. Disponible sur: <https://www.souffrancedusoignant.fr/enquetes-etudes/lepuisement-professionnel-des-medecins-liberaux-franciliens-temoignages-analyses-et-perspectives.html>
3. URML Champagne. Le burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne [Internet]. Disponible sur: <http://www.urml-ca.org/Le-Burn-Out-des-medecins>
4. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Médicale. déc 2004;33(22):1569-74.
5. Dusmesnil H, Serre BS, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique. 5 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.
6. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2009;167(6):422-8.
7. Simoens L, Charrel C-L, Plancke L. Santé mentale et conduites suicidaires des médecins généralistes. Eur Psychiatry. nov 2015;30(8, Supplement):S146.
8. Ouhmich Z. Le burnout des médecins généralistes libéraux et sa prévention: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Lille, France]; 2015.
9. Blanchet A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin; 2007. 88 p.
10. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142-5.
11. Guide d'aide à la prévention du burn out [Internet]. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf
12. Delbrouck M. Burn-out et médecine. Cah Psychol Clin. 1 avr 2007;no 28(1):121-32.
13. Barbier D. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. Presse Médicale. mars 2004;33(6):394-9.
14. Delbrouck M. 3. Un burn-out spécifique du soignant. Oxalis. 1 avr 2012;2e éd.:43-67.
15. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The Work Lives of Women Physicians. J Gen Intern Med. juin 2000;15(6):372-80.
16. Mathonnat MD, Filloux I, Tanguy G, Eschalié B, Pereira B, Vorilhon P. Qualité de vie des femmes médecins généralistes en Auvergne. Presse Médicale. oct 2013;42(10):e377-84.
17. Conne G. Autofocus ou: La médecine, comment en réchapper! Prim Care. 2001;1:136-7.

18. Peckham C. Physician Lifestyles -- Linking to Burnout: A Medscape Survey [Internet]. Disponible sur: <http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2013/public>
19. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
20. La démographie en région Centre, situation en 2013 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/centre_2013.pdf
21. [En Bref #4] Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires [Internet]. Disponible sur: <http://www.cget.gouv.fr/ressources/publications/en-bref-4-installation-des-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-territoires>
22. PAPS CENTRE: De quelles aides à l'installation puis-je bénéficier ? [Internet]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.paps.sante.fr/De-quelles-aides-a-l-installation-puis-je-beneficier.34332.0.html>
23. PAPS CENTRE: Les aides financières des Conseils départementaux [Internet]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.paps.sante.fr/Les-aides-financieres-des-Conseils-departementaux.37230.0.html>
24. Veauvy C, Ruiz C. L'installation des jeunes médecins en zone rurale. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2014.
25. Installation des médecins généralistes en milieu rural : motivations, impact des mesures incitatives, premières constatation [Internet]. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/d00013c83/Machaon-2015-14-RIGOT.pdf
26. MSP | Région Centre-Val de Loire [Internet]. Disponible sur: <http://www.regioncentre-valdeloire.fr/accueil/lavenir-de-ma-region/plan-urgence-sante/maisons-sant%C3%A9-pluridiscipli.html>
27. Pôles, maisons et centres de santé - Structures de soins - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/poles-maisons-et-centres-de-sante/>
28. Indre-et-Loire : formation anti-burn out à l'intention des secrétariats médicaux [Internet]. Disponible sur: <http://www.urpsml-centre.org/index.php/nos-actions/121-indre-et-loire-formation-anti-burn-out-a-l-intention-des-secretariats-medicaux>
29. Daniellou F, Davezies P. L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une Étude Compréhensive En Poitou-Charentes Union Régionale Médecins Libéraux Poitou Charentes URML [Internet]. 2004; Disponible sur: http://www.aapml.fr/sites/default/files/URML%20PC_Epuisement_professionnel%20avril%202004.pdf
30. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2004.
31. Robino S, Buis H, Delansorne F, Tomas J, Huez J-F, Combe AL, et al. Perspectives d'activité pour les médecins généralistes de plus de 55 ans dans l'ouest de la France. Santé Publique. 15 févr 2010;Vol. 21(6):571-81.
32. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français [Thèse d'exercice]. Université de Toulouse; 2013.

33. Léopold Y. Suicide et souffrance du médecin. *Médecine*. 2015;11(9):391-3.
34. Galam É. Soigner les médecins malades Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres. *Médecine*. 1 nov 2013;9(9):420-3.
35. Le burn out des médecins généralistes: quelles préventions? quelles solutions? synthèse KCE [Internet]. Disponible sur:
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_165b_burnout_des_medecins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes_synthese.pdf
36. Gombert A. Les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge médicale sont-elles en adéquation avec les interventions proposées? Etude quantitative par questionnaire sur un échantillon de 100 médecins généralistes du Maine-et-Loire. 2012.
37. Imhotep Haute-Normandie [Internet]. Disponible sur: <http://imhotepn.blogspot.com/>
38. Association MOTS [Internet]. Disponible sur: <http://www.association-mots.org/>
39. Galam É, Mouriès R, Dupré L. Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux (AAPML) 0826 004 580. Bilan à 10 ans. *Médecine*. 1 nov 2015;11(9):427-32.
40. Les associations [Internet]. Medscape. Disponible sur:
<http://www.medscape.com/viewarticle/3602079>
41. Signature de la nouvelle convention médicale entre l'Assurance maladie et les représentants des médecins libéraux - Communiqués de presse - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/signature-de-la-nouvelle-convention-medicale-entre-l-assurance-maladie-et-les>
42. ameli.fr - ROSP Médecins traitants [Internet]. Disponible sur:
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-d-organisation-du-cabinet.php>
43. Mode de rémunération des médecins [Internet]. Disponible sur:
<http://www.tresor.economie.gouv.fr/file/326885>
44. Rouger A-S, Ladner J. La médecine générale: Un choix par défaut aux Epreuves Classantes Nationales? : Étude multicentrique sur la concrétisation des souhaits des étudiants aux ECN. France; 2013.
45. APSS [Internet]. Disponible sur: <http://apss-sante.org/medecinmalade.htm>
46. Truchot D, Roncari N, Bantégny D. Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. *L'Encéphale*. févr 2011;37(1):48-53.
47. Attali C, Bail P, Magnier A, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 2006;20(730/731):525.
48. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. mai 2004;5(2):110-26.
49. Haute Autorité de Santé - Annonce d'un dommage associé aux soins [Internet]. Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins

50. HAS. Revue de mortalité et morbidité (RMM) et médecine générale [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/rmm_et_mg_4_pages_11_02_2010.pdf
51. Komly V, Tourneur AL. Burnout des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Résumé de thèse. Médecine. 1 nov 2015;11(9):398-400.
52. Gourrin E. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Etude qualitative par entretien semi-directif [Thèse d'exercice].
53. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs® [Internet]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/groupe_de_pairs/

ANNEXES

Annexe 1 : Maslach Burn out Inventory

1 - L'ECHELLE

Echelle de fréquence de 22 items représentant les 3 dimensions de l'EP :

- **L'Epuisement Emotionnel (EE)**
- **La Dépersonnalisation (DP) OU Déshumanisation**
- **La Perte d'Accomplissement Personnel (AP)**

Dimension du MBI	Nombre d'Items	Questions
EE	9 items	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 18
DP	5 items	5, 10, 11, 15, 22
AP	8 items	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

2 - L'INTERPRETATION du MBI

	EE	DP	AP
High	27 or over	13 or over	0 – 30
Moderate	17–26	7 – 12	31 – 36
Low	0 – 16	0 – 6	37 or over

Maslach C, Jackson S du MBI Manuel (1986)

Pour chaque dimension : score « bas », « modéré », « élevé ».

Un score élevé d'EE OU de DP OU un score bas d'AP suffit pour parler de burnout.

En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de GRAVITE.

Le degré de burnout est dit :

- Faible : seule 1 dimension est atteinte.
- Moyen : atteinte de 2/3 dimensions.
- Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

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

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

Annexe 2 : Guide d'entretien

1ere partie : Présentation de la thèse

Je suis actuellement médecin généraliste remplaçante, je fais mon travail de thèse sur le burn out des médecins généralistes. Mon projet à court terme est de m'installer et je m'interroge sur la façon de le faire afin de pouvoir vivre ma vie professionnelle de façon sereine. Voyant comment se passe mes remplacements, je vois que préparer au mieux l'avenir est un point essentiel. L'objectif de mon travail est de donner la parole aux MG de l'Indre et Loire afin d'avoir leur ressenti sur le sujet et voir ce qui peut être fait pour prévenir ce syndrome.

Pour être libérée de la prise de note et être plus à l'écoute, je souhaite enregistrer notre entretien. Il sera retranscrit ultérieurement et les données seront anonymisées et strictement confidentielles.

Recueil du consentement du médecin pour l'entretien.

2^e partie : Entretien

1) Pouvez-vous vous présenter ?

(âge, lieu d'exercice, mode d'installation, sexe, activité libérale seule ou mixte)
Année d'installation

2) Qu'est ce que vous pouvez me dire sur le burn out ?

Quelles sont les causes / facteurs favorisant le burn out ?
Quelles sont les retentissements possibles du burn out ?

3) Au moment de votre installation, quelles dispositions aviez-vous prises pour éviter la fatigue ?

4) Comment vous sentez-vous dans votre travail ?

Quelle expérience d'épuisement/fatigue/lassitude avez-vous déjà vécue / pouvez-vous me relater ?
Organisation de travail/temps libre

5) Quelles mesures avez-vous mises en place pour prévenir le burn out ?

6) Comment le burn out peut être prévenu ?

Quelles mesures existantes connaissez-vous ?

7) Est-ce qu'il y a des points sur lesquels vous voudriez revenir ?

Annexe 3 : Extrait de [En Bref #4] Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires

DES EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES

ENCOURAGER ET ACCOMPAGNER LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À ACCUEILLIR DES STAGIAIRES

Projet : le syndicat d'agglomération nouvelle (SAN) de Sénart, en Seine-et-Marne, a formalisé un **guide pratique** sous forme illustrée et communicante. Il présente :

- les étapes et démarches à réaliser auprès de la faculté pour devenir maître de stage des universités et accueillir en cabinet de ville des internes en médecine générale ;
- les avantages et bénéfices pour un médecin généraliste à accueillir un stagiaire.

Maître d'ouvrage : syndicat d'agglomération nouvelle de Sénart / Seine-et-Marne (77).

Partenaires : médecins généralistes libéraux de Sénart ; anciens et actuels stagiaires à Sénart ; ordres professionnels ; faculté de médecine de Créteil.

CRÉATION D'UN PÔLE POUR LA MISE EN RÉSEAU ET LA COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Projet : les professionnels de santé et les élus du Pays des Combrailles, dans le Puy-de-Dôme, ont co-élaboré une stratégie territoriale. Elle définit :

- **un pôle multi-sites autour de 4 zones de santé ;**
- des mutualisations de moyens au sein de chaque zone (matériel, humain, logistique et technique) ;
- des outils de coopération sur le territoire ;
- des thématiques d'interventions prioritaires (personnes âgées, prévention, etc.).

Maître d'ouvrage : Pays des Combrailles / Puy de Dôme (63).

Partenaires : communautés de communes du Pays des Combrailles ; professionnels de santé ; agence régionale de santé (ARS) ; conseil régional.

PROGRAMME WANTED, UNE BOURSE D'ÉTUDE ET DE PROJET PROFESSIONNEL

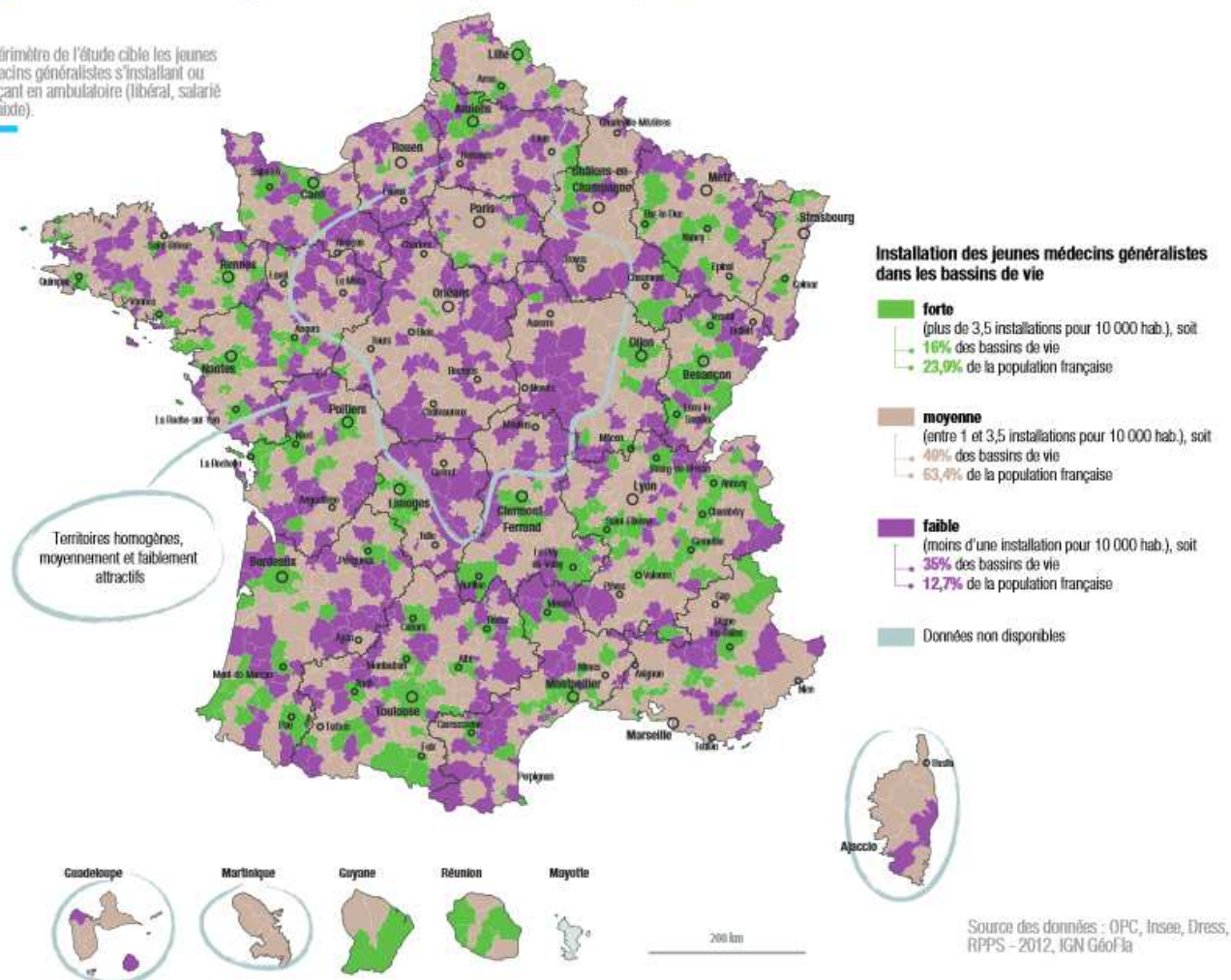
Projet : le conseil général de l'Allier a mis en place un **dispositif de bourse d'étude et de projet professionnel**. Il s'adresse aux étudiants de 3^e cycle de médecine générale qui s'engagent à s'installer dans les zones de son territoire déficitaires en offre de soins, pour une durée d'au moins six ans. Ce dispositif bénéficie d'un large plan de communication.

Maître d'ouvrage : conseil général de l'Allier (03).

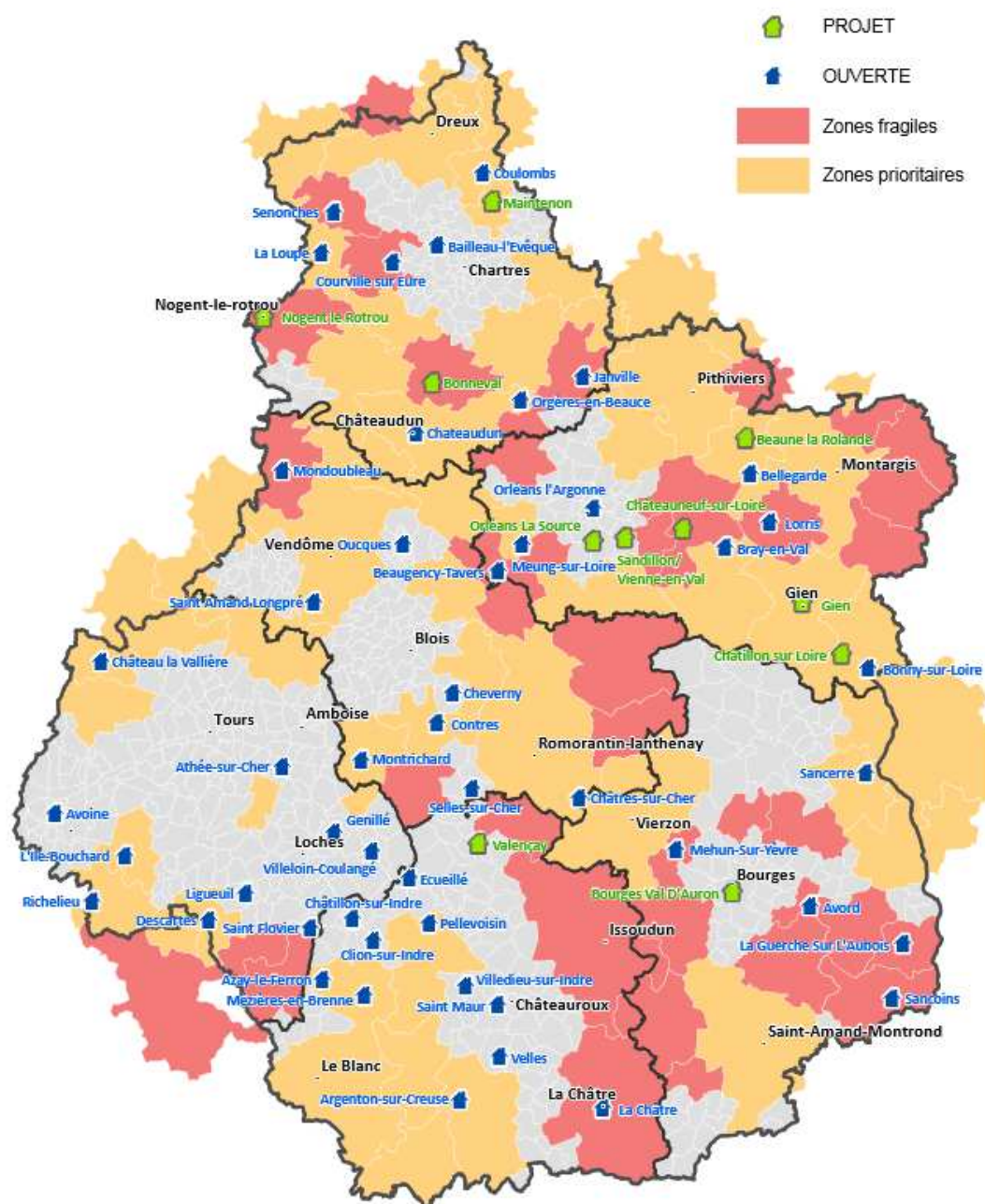
Partenaires : agence régionale de santé (ARS) ; conseil général ; union régionale des professionnels de santé (URPS) ; élus du territoire ; universités ; associations étudiantes.

Figure 1. Où s'installent les jeunes médecins généralistes durant la décennie 2000 ?

Le périmètre de l'étude cible les jeunes médecins généralistes s'installant ou exerçant en ambulatoire (libéral, salarié ou mixte).



Annexe 4 : Maisons de Santé Pluridisciplinaires – Juin 2015



Annexe 5 : Nombre d'incidents par départements en 2014

Les départements les plus concernés (nombre d'incidents)

DEPARTEMENTS	2013	2014
Nord	48	63
Bouches-du-Rhône	34	41
Isère	32	38
Seine-Saint-Denis	45	35
Loire	37	32
Rhône	29	32
Var	17	29
Val-d'Oise	36	29
Paris	40	27
Calvados	9	23
Seine-Maritime	29	23
Dom Tom	16	22
Gard	17	21
Haute-Garonne	17	21
Vaucluse	10	21
Moselle	15	19
Haute-Vienne	5	19
Haute-Savoie	13	17
Seine-et-Marne	16	17

DEPARTEMENTS	2013	2014
Yvelines	23	17
Hauts-de-Seine	22	17
Loiret	18	15
Val-de-Marne	25	15
Alpes-Maritimes	19	14
Hérault	18	12
Tarn-et-Garonne	2	12
Côtes-d'Armor	2	11
Loire-Atlantique	16	11
Maine-et-Loire	2	11
Meurthe-et-Moselle	2	11
Côte-d'Or	11	10
Dordogne	11	10
Essonne	16	10
Indre-et-Loire	8	9
Pas-de-Calais	2	9
Tarn	6	9
Finistère	9	8
Pyrénées-Atlantiques	-	8



Observatoire de la sécurité des médecins
Conseil National de l'Ordre

Annexe 6 : Intérêt des médecins sur les propositions d'interventions pour leur prise en charge médicale (36)

les propositions	pas intéressant	intéressant	important/ indispensable
parler du burn out lors de la consultation	3	13	84
prise de rendez vous libre dans la structure	0	16	84
indépendance de la structure	2	15	83
s'intéresser au bien être au travail lors de la consultation	3	18	79
vérification des dépistages	2	19	79
absence de mesure décisive sur la capacité à exercer DM=2	9	16	73
intérêt pour l'hygiène de vie lors de la consultation	2	26	72
consultations ciblées si nécessaire	1	28	71
fréquence adaptée à l'existence de pathologies	3	27	70
vérification des vaccinations	7	25	68
le lieu de consultation serait dans le département	8	29	63
les consultations régulières seraient globales	8	31	61
il y aurait une diminution du délai de carence CARMF si suivi régulier	10	38	52
consultation par un médecin généraliste spécialisé dans le soin des médecins	18	35	47
le médecin soigné serait détenteur de son dossier médical	36	23	41
les consultations seraient régulières mais non obligatoires	21	42	37
il y aurait des psychologues et psychiatres dans la structure	16	48	36
prise de rendez-vous par contact téléphonique	25	40	35
il y aurait un laboratoire dans la structure	34	33	33
l'adhésion serait payante	31	39	30
les consultations seraient obligatoires en cas d'adhésion	51	23	26
la structure serait dédiée aux médecins généralistes	54	27	19
la structure serait attenante à une structure hospitalière	48	35	17
la structure serait dédiée aux médecins libéraux	70	13	17
il y aurait une indemnisation lors de la consultation dans la structure	60	27	13
la consultation pourrait avoir lieu au cabinet médical	76	17	7
le lieu de consultation serait hors département	81	14	5
la consultation pourrait avoir lieu au domicile	89	10	1

DM: données manquantes

Annexe 7 : Exemples de thèmes abordés lors de séminaires d'entrevue médicale au Québec

Tableau 2 : Thèmes et situations cliniques pour l'apprentissage de la communication *	
Thèmes ou tâches de l'atelier	Situations cliniques pour les aborder
Le survol des raisons de consultation	Le médecin veut aborder diabète et lipides ; le patient : parler de son arthralgie, sa fatigue, son lecteur de glycémie.
La notion des agendas (objectifs) du patient / du médecin	Le médecin veut prescrire un médicament pour l'hypertension. Le patient hypertendu se sent bien, veut des conseils « naturels » et craint le « chimique ».
L'exploration de la perspective du patient	Patient avec un lymphome (stade précoce) qui refuse la chimiothérapie.
Le soutien à l'observance	Le patient reçoit une première ordonnance pour traiter son taux de cholestérol élevé.
La gestion des émotions	Un patient est nettement en colère au sujet du retrait médical de son permis de conduire une automobile.
L'annonce d'une mauvaise nouvelle	Le médecin doit informer une patiente du résultat positif de sa biopsie du sein (cancer).
L'entrevue à plusieurs	Une « Grand-maman » diabétique est « amenée » par sa fille chez le médecin.
L'entrevue en présence d'un interprète	Un patient asiatique fatigué voit le médecin avec l'aide d'un parent interprète.
Dire non à un patient	Le patient croit nécessaire un arrêt de travail que le médecin juge non justifié.
Le dévoilement de soi	Le patient demande à son médecin si elle est mariée, combien elle a d'enfants...
L'empathie	Un patient consulte pour céphalée dans un contexte de surcharge de travail et de stress familiaux.
La prise de décision partagée	Une femme consulte pour des symptômes liés à la ménopause (hormonothérapie : oui ou non ?)
Le patient multi-symptomatique	Le médecin reçoit un patient se plaignant de multiples symptômes laissant soupçonner un trouble de personnalité ou un trouble somatoforme.

* Liste partielle des thèmes et situations abordés durant les SEM à la Cité de la Santé de Laval

LA RELATION ENTRE LE PATIENT ET LE MÉDECIN REPOSE SUR LA CONFIANCE

POUR ÊTRE BIEN SOIGNÉ JE DOIS Y METTRE DU MIEN

- Je **respecte l'heure de mon rendez-vous** et pense à apporter ma **carte Vitale** ainsi que tous les documents nécessaires à une consultation de qualité.
- Je **préviens suffisamment tôt** en cas d'empêchement de façon à permettre à d'autres de profiter de ce temps libéré.
- J'attends mon tour avec calme** car je dois savoir qu'un retard s'explique probablement par un cas plus urgent que le mien.
- Je fournis à mon médecin des **informations complètes et sincères** sachant que ces informations sont protégées par le secret médical.
- Je **l'écoute avec attention** et lui pose toutes les questions nécessaires. Si besoin je me fais accompagner par une personne de confiance.
- Je ne pousse pas mon médecin à accomplir un **acte contraire aux nécessités médicales**, aux réglementations et à la loi.
- Si je suis bénéficiaire de la CMU, AME ou ACS, je fournis l'**attestation valide** correspondante. De même en cas d'Accident de Travail.
- Je respecte les prescriptions de mon médecin.** Sinon je le préviens pour ne pas me mettre en danger et perdre des médicaments très chers que je déciderais seul de ne pas prendre.

CONFIANCE & RESPECT MUTUEL

URPS & leCiss - 1 rue de la République - 21000 Dijon - 03 80 39 39 39 - www.urps-bourgogne.fr - www.leCiss-bourgogne.fr

Bloch Lauranne

78 pages – 3 tableaux – 6 figures

Résumé :

Introduction : Le burn out est un syndrome d'épuisement professionnel. Il peut être défini par trois symptômes : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, la diminution de l'accomplissement professionnel. Chez les médecins, la prévalence des différentes dimensions du burn out varient de 20 à 50%. Les médecins étant un groupe professionnel particulièrement atteint par ce syndrome, la prévention est donc un point essentiel. Le but de l'étude est de voir ce que les médecins proposent pour prévenir le burn out.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative a été réalisée par entretien semi-dirigé auprès de médecins généralistes installés en libéral dans l'Indre-et-Loire. Les médecins étaient recrutés selon l'âge, le sexe, le nombre d'années d'installation, le lieu d'installation. Les entretiens étaient enregistrés, puis retranscrits et anonymisés pour être codés via le logiciel NVivo 11®.

Résultats : 12 entretiens ont été réalisés entre janvier et juin 2016. Les causes et les conséquences de burn out évoquées pouvaient trouver des solutions de prévention. Parmi elles, des moyens de prévention ont été proposés au niveau personnel (travail sur soi, savoir dire non), au niveau des conditions d'exercice (aide administrative, travail en groupe, diversification de l'activité, adaptation de l'emploi du temps, maîtrise de stage), au niveau médical (prise en charge psychologique et médicale des médecins, structures de soins dédiées, médecine du travail), au niveau financier (remise en cause de la cotation à l'acte, dédommagement en cas d'arrêt, aides à l'installation), au niveau de la relation médecin-patient (amélioration communication avec le patient, parler de ses erreurs), sur le partage de leur expérience sur leur exercice et sur le burn out (groupe de parole, formations sur le burn out, formations pendant l'internat). Les mesures existantes étaient souvent méconnues des médecins. Leur expérience du burn out était soit personnelle, soit vécue par des confrères ou vue au cours de l'internat.

Conclusion : Des moyens de prévention du burn out sont possibles. Certaines mesures évoquées sont déjà existantes mais méconnues des médecins. L'information sur les solutions actuelles et où s'adresser si besoin paraît nécessaire. Des pistes de prévention pendant l'internat ou la mise en place d'une médecine du travail pourrait être envisagées.

Mots clés : prévention, burn out, médecin généraliste, épuisement professionnel

Jury :

Président du Jury : Professeur Wissam EL HAGE

Directeur de thèse : Docteur Claire LE LANN

Membres du Jury : Professeur François LABARTHE
Professeur Jean-Pierre LEBEAU