



Année 2017

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Émeline LAURENDEAU

Née le 06 juin 1987 à ANGERS (49)

TITRE

FATIGUE DES MEDECINS LIBERAUX
DE LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE

Présentée et soutenue publiquement le **29 juin 2017** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT, Doyen de la Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Wissam EL HAGE, Psychiatrie adulte, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Bernadette BERNERON, Pathologies professionnelles, PA, CHRU - Tours

Directrice de thèse : Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale - La Croix en Touraine

UNIVERSITE FRANCOIS 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 VOURECH, *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 GOUAZÉ – 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 – 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. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – 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	Endocrinologie, diabétologie, et 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
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
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
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
OUAISSI 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 médicale, 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
DESOUBEUX 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 966
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 966
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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre
et méprisée de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon maître et président de jury,

Monsieur le Professeur Patrice DIOT,

Doyen et Professeur en Pneumologie à la Faculté de Médecine de Tours,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

A mon maître et juge,

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect.

A mon maître et juge,

Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect.

A mon maître et juge,

Madame le Docteur Alice PERRAIN,

Merci d'avoir accepté de me diriger dans cette thèse, et de m'avoir accompagnée (patiemment) tout au long de ce travail.

A mon maître et juge,

Madame le Docteur Bernadette BERNERON,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Soyez assurée de mon profond respect.

A mes parents, qui m'ont élevée, accompagnée et soutenue tout au long de mon parcours. Pas évident de comprendre les études de médecine, mais votre confiance en moi comme dans mes choix me porte chaque jour. Merci, par votre amour et votre éducation, d'avoir participé à faire de moi celle que je suis. Je vous aime et vous embrasse.

A mes frères et sœur, Rémi Mathieu et Léa, merci de m'avoir supportée toutes ces années, m'avoir appris à partager mais aussi à réfléchir et argumenter (pour décider qui fera la vaisselle...). Dans notre belle fratrie, on se chamaille parfois (surtout vous !) mais je vous aime.

A mes presque sœurs très belles Emilie et Anaëlle, et mon presque frère très beau, Arthur, merci de par votre présence inonder de joie et d'amour notre famille, merci d'avoir permis la venue de Jeanne et Iris dans nos vies, merci enfin de m'avoir encouragée encore et encore, et questionnée aussi, sur ce sujet bien ... fatigant !

A mes grands-parents, paternels, merci de toute cette espérance, cet amour en héritage que vous nous avez transmis au berceau et qui ont fait de moi celle que je suis ; maternels, vous reposez en paix mais vous étiez fiers de votre petite-fille médecin : « ça y est, je suis docteur ! ».

A Paul-Edouard, Jeanne-Marie, Manu... tontons et tatas et cousins-cousines qui me charrient et que je charrie, merci. La famille, quoi.

A Lucie, merci de me supporter sans relâche depuis le lycée, où un changement de chambre nous a permis de débiter notre long chemin d'amitié ensemble. Et merci pour toutes tes relectures de cette thèse :P !

A Estelle et Geoffrey, paratonnerres de belote Angevins, puis Lyonnais d'adoption, la distance ne nous empêche pas de continuer à autant apprécier les moments partagés. Profitez du bonheur qui est le vôtre et du fruit de votre amour qui vient chambouler vos vies. Léandre, bienvenue à toi.

A Alex, Nico et Adam, pour la gourmandise que nous partageons, des bons plats mais aussi des bonnes blagues (ou pas...), pour ton soutien, ton écoute et ta gentillesse Alex, merci de faire partie de ma vie. Bienvenue à Adam.

A Marie, amie du MRJC devenue amie tout court, merci de tes longues discussions et de ta bonne humeur contagieuse qui me font tout oublier.

A Camille, tout d'abord pour nos goûters « lendemains de garde » à Dreux, puis pour nos voyages « bouffées d'air » qui font du bien, pour ton amitié, tes râleries attachantes, et pour ton soutien, merci.

A Pierre-Yves, partenaire de soirées films plus ou moins réussis, amateur de bonne bière, merci de ton amitié, ton soutien, tes conseils et ta gentillesse.

Merci à Laure, pour ta bonne humeur, parfois teintée de mauvaise foi si peu convaincante, tu as toujours le chic pour mettre une belle ambiance.

Aux autres amis rencontrés pendant mes semestres drouais, Inès et nos thés partagés, Joachim, ta générosité et tes bourdes si mignonnes (cadeau des 30 ans à 28...), Cécilia, ton accent chantant, tes envies de lumière, merci de votre amitié.

A Laetitia également rencontrée à Dreux, pour nos discussions métaphysiques et plus légères, nos bières découvertes, nos joies et nos peines partagées, merci. Merci aussi à Clément de me remettre quelques parties du dos et les membres en place quand les tensions s'accumulent, et les zygomatiques avec votre bonne humeur à tous les deux.

A Cipa, Lisa et Tiphaine, merci pour toutes ces rencontres qui élargissent l'horizon grâce à vous. Merci du grain de folie que vous apportez dans ma vie.

A Pierre, merci pour les soirées bad et repas bien sympathiques. A Thomas que je connaissais à peine mais a bien voulu jeter un œil sur mes données et les « nettoyer » avec moi.

Au service de soins palliatifs de Luynes, qui d'un semestre a bouleversé ma pratique et tant apporté à ma vie.

A Chef Gérard et Chef Armelle, merci de m'avoir accueillie et pris sous vos ailes tant de fois. A Chef Valérie, pour ta bienveillance et ton accueil dans ton cabinet comme à la table familiale, merci. A Mickaël, Chef bienveillant tout en retrait qui d'un regard me faisait douter puis d'un sourire me confortait dans mes décisions, merci d'avoir participé à ma formation. A Chef Christine et Marie-France, merci de votre accueil et votre bonne humeur tout en simplicité bien rafraîchissante.

A Jeanne et Claire, merci pour votre écoute, vos conseils, votre gentillesse, vos sourires et votre bienveillance. Votre pratique m'inspire pour un exercice toujours plus humain de ma médecine.

A tous ceux qui m'ont conseillée, transmis, soutenue, tout au long de ces années, merci.

Et enfin...

A Alex, mon amour, tu es entrée dans ma vie quand je ne m'y attendais pas, à la suite d'un malentendu dira-t-on. Et tu es restée. Merci de tout ce que tu m'apportes. A tes côtés, je grandis, et je nous souhaite de continuer ensemble notre bout de chemin. Quelle que soit sa longueur, qu'il nous mène dans l'amour.

RESUME

Introduction : Le burn-out ou épuisement professionnel a déjà été étudié chez les médecins. Mais avant l'épuisement, il existe une ou des fatigues. L'objectif de l'étude est de décrire la fatigue des médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire.

Matériel et méthode : Les médecins libéraux de la région ont répondu à un questionnaire en ligne comportant une description de la population et ses caractéristiques d'exercice, une échelle de fatigue multidimensionnelle (MFI), des échelles de satisfaction de leur vie, travail et état de santé, et des échelles de consommations de café, thé, tabac et médicaments (stimulants, hypnotiques ou anxiolytiques).

Résultats : Les médecins libéraux de la région Centre ont des scores de fatigue modérément élevés. 555 réponses ont permis de trouver des moyennes respectivement de 31,74 sur 63 pour la dimension Fatigue Générale, de 17,12 sur 42 pour la Fatigue Mentale, de 6,36 sur 21 pour la Réduction des Activités, de 5,79 sur 14 pour la Réduction de Motivation et de 60,99 sur 140 pour le score total du MFI. Les facteurs significativement associés au score total sont : l'exercice seul, les heures passées avec les patients (pour les généralistes) ou en tâches administratives, ne pas participer à la permanence des soins, avoir peu de congés ou sorties, ne pas faire de sport et ne pas être satisfait de son travail, sa vie et son état de santé.

Discussion : La fatigue étudiée grâce au MFI n'est qu'une des facettes de la santé des praticiens. Les médecins français souffrent du manque d'études sur leur état de santé, ainsi que de l'absence d'une prise en charge médicale adaptée aux médecins. Des moyens sont en réflexion et mise en place, en attente de résultats et réévaluation.

Conclusion : Les médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire sont modérément fatigués. Nos résultats pourraient être comparés à d'autres régions ainsi qu'aux praticiens hospitaliers.

Mots-clés : Fatigue, burn-out, médecins libéraux, région Centre-Val de Loire, MFI.

ABSTRACT

Background: Burn-out among practitioners is a very interesting and used subject. But before being burned out, there is some tiredness or fatigue. This study aims to describe private doctors's fatigue in the Center-Loire Valley region.

Method: Private doctors in the region answered an on-line questionnaire with a description of the population, its exercise characteristics, a multidimensional fatigue scale (MFI), various satisfaction scales about job, life in general, their health, and consumption scales about coffee, tea, tobacco, and medication intake.

Results: Private doctors in the Center region obtained "moderately tired" MFI scores. 555 answers permitted to find a General Fatigue average score of 31,74 on a scale to 63, a Mental Fatigue average score of 17,12 on a scale to 42, a Reduced Activities average score of 6,36 on a scale to 21, a Reduced Motivation average score of 5,79 on a scale to 14 and a Total MFI average score of 60,99 on a scale to 140. The Total MFI score has significative relationships with solo practice, hours of work alongside the patients (for family doctors), hours in administrative tasks, not to have shifts, to have too less days off, not to practice physical activities, and to be unsatisfied by their job, life or medical condition.

Discussion: The fatigue study is an important goal for a better caregivers' health. There are still too few studies on the subject. Some practice conditions should be modified to decrease the risks of fatigue or burn out. Discussions and measures have been and are made, evaluations and results are waiting.

Conclusion: Private doctors in the Center region are moderately tired. Suggestions are made for future studies, with different populations or in the same population to measure changes over time.

Keywords: Fatigue, burnout, private practitioners, Center-Loire Valley region, MFI.

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

Chir. maxillo-facial : Chirurgien maxillo-facial et stomatologue

Chir. plastique : Chirurgien plastique

Chir. urologue : Chirurgien urologue

Chir. visc. et dig : Chirurgien viscéral et digestif

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

Gastro-enterologue : Gastro-entero-hépatologue

Gynécologue méd : Gynécologue médical

MBI : Maslach Burn-out Inventory

MFI : Multidimensional Fatigue Inventory

MPR : Médecine physique et de réadaptation

MSP : Maison de Santé Pluri-Professionnelle

Oto-rhino-laryngo : Oto-rhino-laryngologue

RDV : Rendez-vous

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

URPS ML : Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux

Table des Matières

REMERCIEMENTS.....	7
RESUME.....	10
ABSTRACT.....	11
Liste des abréviations	12
Introduction.....	15
Matériel et méthode.....	19
1. Etude épidémiologique descriptive transversale	19
2. Population, critères d'inclusion	19
3. Recueil de données.....	19
3.1. Questionnaire (Annexe 1)	19
3.2. Envois du questionnaire	20
3.3. Interprétation des résultats du MFI	20
4. Analyse statistique.....	21
Résultats	22
1. Diagramme de flux	22
2. Description de la population.....	23
Spécialités des médecins.....	24
Exercice.....	26
Situation personnelle et loisirs	27
Scores de fatigue	27
Scores par spécialité	27
Spécialités les plus fatiguées.....	29
Auto-évaluation de santé et consommations	31
Commentaires libres à la fin du questionnaire	35
3. Résultats des analyses univariées.....	36
3.1. Analyses des caractéristiques générales (Tableau 7 en annexe)	36
3.2. Analyses des caractéristiques d'exercice (Tableau 8 en annexe)	36
3.3. Analyses des situations personnelles et loisirs (Tableau 9 en annexe).....	37
3.4. Analyses des échelles de Likert (Tableau 10 en annexe).....	38
3.5. Analyses des consommations (Tableau 11 en annexe).....	38
4. Résultats de l'analyse multivariée (Tableau 12 en annexe)	39
5. Récapitulatifs des principaux résultats par dimension.....	40
Fatigue Générale	40

Fatigue Mentale	40
Réduction des Activités	41
Réduction de Motivation	41
Score total du MFI	42
Discussion.....	43
Conclusion	52
Bibliographie.....	54
ANNEXES.....	59
Annexe 1. Questionnaire envoyé	59
Annexe 2. Tableau de score	62
Annexe 3. Autres consommations pour tenir le coup	63
Tableau 7. Analyses univariées des caractéristiques générales	64
Tableau 8. Analyses univariées des caractéristiques d'exercice	64
Tableau 9. Analyses univariées des situations personnelles et loisirs.....	65
Tableau 10. Analyses univariées des échelles de satisfaction de Likert.....	65
Tableau 11. Analyses univariées des consommations.....	65
Tableau 12. Régression multiple.....	66
Annexe 4. Commentaires libres	67

Introduction

Durant mes études de médecine, j'ai passé la majorité de mon temps auprès de médecins hospitaliers. Grâce à mon stage de médecine générale de niveau un, puis mon SASPAS en ambulatoire et à mes remplacements, j'ai pu découvrir, observer, et, enfin, après huit ans d'études, exercer la médecine générale. En suivant mes maîtres de stage, en mangeant avec eux et habitant parfois aussi chez eux, en côtoyant des confrères dans les cabinets de groupe, j'ai pu appréhender les avantages et inconvénients de la profession, et les nombreuses difficultés du médecin généraliste, de multiples natures. Les difficultés psychiques et physiques propres à l'humain médecin généraliste m'ont plus particulièrement intéressée.

Pendant l'internat, je me suis vue confrontée à une certaine fatigue, différente de celles que je connaissais, que je ne connaissais. Ce thème a commencé à me toucher lors de mon troisième semestre, réalisé en soins palliatifs. Je ressentais une fatigue subie, une fatigue morale, liée à l'utilisation de beaucoup d'empathie, d'écoute. J'ai eu une peur intense de l'épuisement, d'aller trop loin dans mes réserves, finalement ayant l'impression de mal gérer mes forces. Mes premiers stages ne m'avaient pas semblé si éprouvants, malgré un nombre élevé de gardes aux urgences. Je me suis rendue compte que lorsque mes proches demandaient de mes nouvelles, je résumais ma situation, mon état, par « fatiguée ». Après quelques réflexions de la part de ces mêmes proches, je me suis interrogée sur les origines de ma fatigue. Puis j'ai débuté un stage de niveau un dans lequel j'ai découvert d'autres fatigues : d'attention, de concentration, d'écoute... Ensuite, avec le SASPAS, dans l'acquisition de l'autonomie, les responsabilités ont grandi. Leur poids et la tension augmentant semblaient accroître ma fatigue.

J'ai rencontré plusieurs médecins qui ont eu au cours de leur carrière un syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out). Je n'en avais jamais entendu parler jusque-là. A mon sens, le médecin ne pouvait pas être épuisé. Sans savoir où les généralistes puisent l'énergie nécessaire au soin et à tout ce qui entoure celui-ci, j'imaginais et envisageais la profession dans toute ma naïveté, presque uniquement comme un moyen d'épanouissement personnel en même temps qu'une aide à la santé publique. C'est ainsi que j'ai découvert ce syndrome.

Thème à la mode, de nombreux articles ou écrits plus ou moins scientifiques ou sociologiques ont été réalisés sur le sujet¹. Toutes les catégories socio-professionnelles sont touchées, et les médecins n'y font pas exception. Le burn-out est décrit depuis les années 70, notamment en tant que « forme particulière de réaction au stress chronique dans le cadre des professions d'aide »². D'après Freudenberger, « quelqu'un qui souffre d'épuisement professionnel souffre de fatigue ou de frustration aiguë causée par sa dévotion envers une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas produit la récompense attendue »³.

Le modèle le plus utilisé du burn-out est celui de Maslach⁴, qui se définit comme un syndrome tridimensionnel résultant d'accumulation de facteurs et stress divers. Il est dépisté grâce à une échelle spécifique, la MBI (Maslach Burn-out Inventory). Elle permet, grâce à 22 items d'un questionnaire auto-administré, d'étudier et de mesurer les trois dimensions de l'épuisement professionnel : épuisement émotionnel, baisse d'accomplissement personnel et tendance à dépersonnaliser son partenaire professionnel, ici le patient.

- Le stress, l'absence d'énergie, l'irritabilité, l'impulsivité... sont autant de signes d'épuisement émotionnel. L'épuisé développe, en réponse, différentes stratégies d'évitement. Le désinvestissement, le retrait, la rigidité, l'hyperactivité en sont des exemples.

- La diminution du sentiment d'accomplissement personnel naît lorsque le praticien se pense inefficace, incompetent, se dévalorise, avec une diminution de sa motivation et l'impossibilité de production de sens, dans et par sa pratique.

- La dépersonnalisation consiste en un désengagement relationnel, une mise à distance du patient, une perte d'idéaux, allant jusqu'à l'utilisation du cynisme.

Être soi – même en bonne santé n'est-il pas le préalable nécessaire pour bien soigner autrui ? Or, d'après l'échelle dépistant le burn-out, la Maslach Burn-out Inventory, environ 5 % des praticiens généralistes du département de la Loire sont en burn-out complet en 2004². Plus récemment, l'Observatoire Régional de Santé du Limousin a publié une étude de 2015, intitulée "Souffrance des soignants en Limousin"⁵. Cette étude trouve comme résultat impressionnant et inquiétant que 20,4 % d'entre eux souffrent d'épuisement professionnel.

Connaître ses failles, prendre conscience de ses fragilités pourrait apparaître comme facteur protecteur du professionnel de santé. Dépister les médecins à risque d'épuisement donnerait l'opportunité de travailler en amont du burn-out. Étudier la fatigue du médecin généraliste comme des autres spécialistes pourrait donc théoriquement aider à une prise de conscience du praticien concernant sa propre santé et pouvoir agir avant l'épuisement.

Dans la littérature, de nombreux signes révélateurs de la fatigue sont répertoriés⁶. Physique, elle se découvre par une baisse d'activité, d'endurance, une faible énergie, une lourdeur générale, une lenteur, allant même jusqu'à la somnolence. La fatigue cognitive se traduit plutôt par une baisse de concentration, une baisse d'attention, une bradypsychie. La fatigue émotionnelle, elle, est exprimée par une baisse de motivation ou apathie, une baisse d'intérêt, l'ennui, le sentiment d'être accablé ou déprimé.

La fatigue n'est que peu étudiée et médiatisée en France, comparativement au burn-out. Pourtant, de nombreuses échelles ont été travaillées pour rechercher ses signes, et la décrire au mieux et au plus spécifiquement suivant les contextes étudiés. Majoritairement en anglais, il existe plus d'une trentaine de questionnaires utilisés dans la littérature internationale^{7, 8}. Ils se différencient les uns des autres par leur longueur, la ou les dimensions de la fatigue étudiées, et leur population cible. Seules cinq échelles sont validées en français, soit après traduction, soit créées en français. Le Multidimensional Fatigue Inventory a été conçu sous forme d'auto-questionnaire pour étudier la fatigue en oncologie aux Pays-Bas⁹. Il a ensuite été traduit, validé et utilisé dans de nombreux autres langages¹⁰, dont le français¹¹ et sur d'autres populations, dont la population générale. Quatre dimensions y sont étudiées grâce à ses vingt questions : fatigue générale, fatigue mentale, réduction des activités et réduction de la motivation. La fatigue générale comporte des affirmations générales sur l'état fonctionnel d'un sujet, comme « je me sens reposé ». La fatigue mentale s'intéresse aux symptômes cognitifs de la fatigue, tel qu'avoir des difficultés à se concentrer.

Une étude de la DREES¹² réalisée sur un panel de généralistes de 5 régions retrouve environ 10 % de détresse psychologique itérative chez les généralistes dans l'année 2008, sans aller forcément jusqu'au burn-out. Les généralistes disaient souffrir principalement de la fatigue, en second lieu du stress puis en troisième venaient les troubles du sommeil. Aucune étude retrouvée ne s'intéresse à toutes les spécialités.

L'objectif principal est d'étudier la fatigue des médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire.

L'objectif secondaire est de connaître les caractéristiques de vie et de travail auxquelles cette fatigue est associée.

Matériel et méthode

1. Etude épidémiologique descriptive transversale

2. Population, critères d'inclusion

- Médecins libéraux installés ou collaborateurs,
- De la région Centre Val de Loire,
- De toutes les spécialités,
- En activité.

3. Recueil de données

3.1. Questionnaire (Annexe 1)

Le questionnaire comportait trois parties à remplir en ligne sur Google Forms®.

Une première partie permettait de décrire la population et ses caractéristiques d'exercice. Nous avons choisi les questions à partir des facteurs connus associés au burn-out dans une étude européenne¹³ (les jours de garde, ne pas avoir de secrétariat...), et de facteurs que nous pensions associés à la fatigue, plutôt favorisant (exercer seul, les heures passées par semaine en tâches administratives...), ou au contraire a priori plutôt protecteurs (être maître de stage, beaucoup sortir entre amis ou en famille...).

La deuxième partie était constituée de l'inventaire multidimensionnel de fatigue (MFI). Il comportait 20 énoncés auxquels une auto-évaluation de 1 à 7 était associée, 1 signifiant « pas du tout d'accord », 7 signifiant « tout à fait d'accord ».

Dans un troisième temps, de nouvelles auto-évaluations par échelle de Likert permettaient de connaître les degrés de satisfactions et de consommations diverses des médecins. Les consommations étudiées étaient le café, le thé, le tabac et des médicaments stimulants ou anxiolytiques et hypnotiques. Pour les premières auto-évaluations concernant la satisfaction des médecins au travail, de leur vie en générale, et de leur santé physique et psychique, une échelle de 1 (pas du tout satisfait) à 7 (tout à fait satisfait) était proposée. Ensuite, les médecins devaient dire à quelle fréquence ils consommaient les produits sus-cités à l'aide d'une échelle de 1 (jamais) à 5 (très souvent).

3.2. Envois du questionnaire

L'URPS ML a envoyé le questionnaire par mail le 8 mars 2017 aux 2195 médecins libéraux dont elle avait les adresses électroniques, et réalisé une relance le 22 mars.

Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins n'avait pas donné de réponse à notre sollicitation pour envoyer les questionnaires et a envoyé le mail le 24 mars à 2194 médecins libéraux, sans que nous en ayons eu connaissance.

Nous avons stoppé le recueil des données le 29 mars au matin.

3.3. Interprétation des résultats du MFI

3.3.1. Cotation :

Le MFI possède quatre sous-échelles :

- Fatigue Générale, qui regroupe les questions 1, 2, 3, 5, 8, 12, 14, 16 et 20.
- Fatigue Mentale, comprenant les questions 7, 9, 11, 13, 18 et 19.
- Réduction des Activités, qui regroupe les questions 6, 10 et 1.
- Réduction de la Motivation, comprenant les questions 4 et 15.

Au total, 10 des 20 items (items 1, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 15 et 20) doivent être inversés (8 – réponse inscrite sur l'échelle de 1 à 7).

Pour obtenir les scores totaux, nous avons additionné les scores transformés des items de chacune des sous-échelles. Un tableau d'interprétation est présenté en Annexe 2.

3.3.2. Interprétation :

Il n'y a pas de barème d'interprétation provenant des auteurs du questionnaire ni de données épidémiologiques françaises retrouvées à ce jour, simplement le principe qu'un haut score au MFI signifie un haut degré de fatigue.

4. Analyse statistique

Les variables qualitatives étaient décrites à l'aide de fréquences et les variables quantitatives étaient décrites à l'aide de moyennes et écarts-types.

Un $p < 0,05$ était considéré comme statistiquement significatif et l'intervalle de confiance accepté était de 95 %.

Des régressions logistiques univariées ont été réalisées pour étudier les associations des différentes caractéristiques et les comparer grâce aux Odds-Ratio et Intervalles de Confiance. Une seule régression multiple a été réalisée, pour des raisons de disponibilité statisticienne¹.

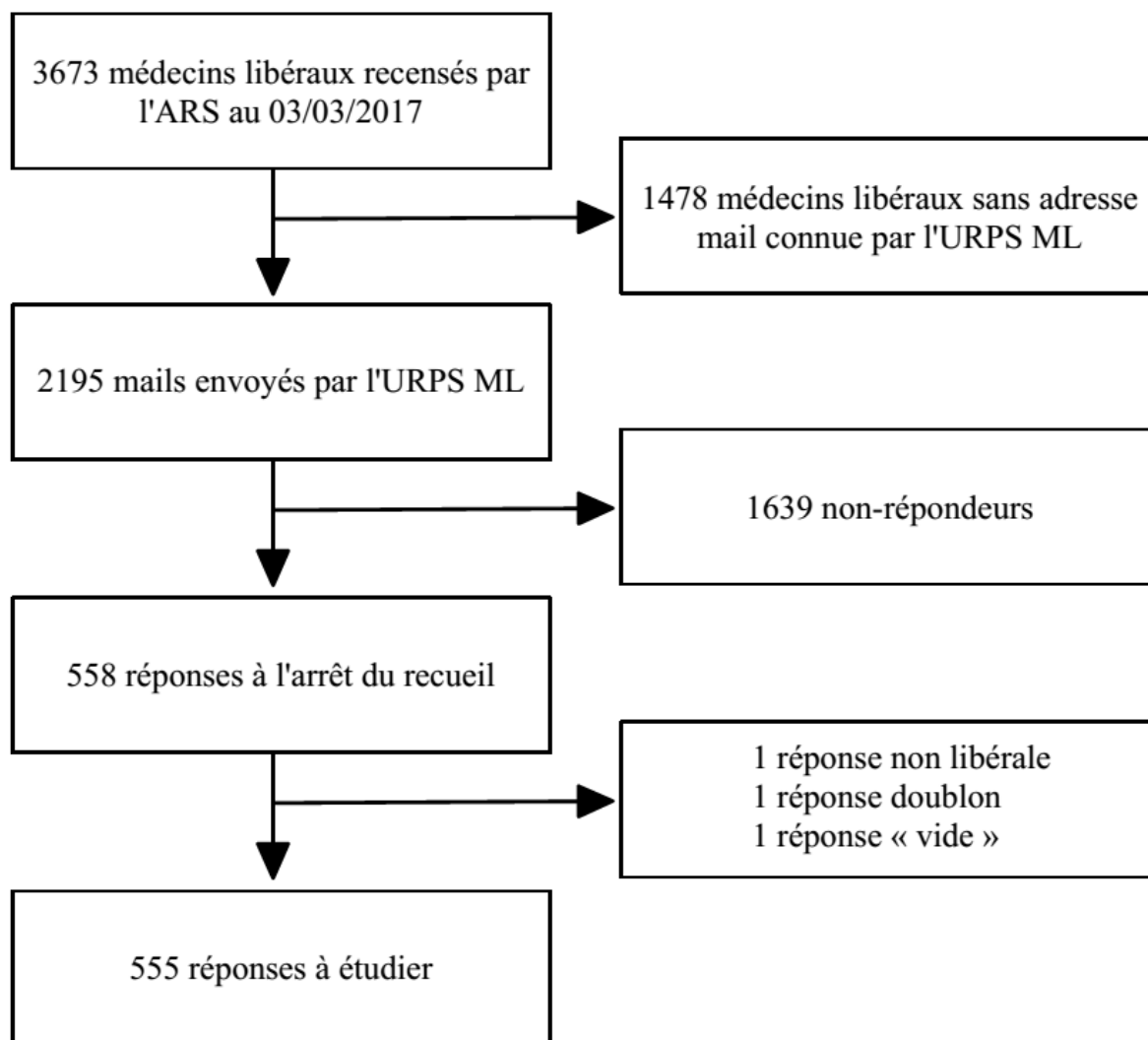
¹ : Jérémy Pasco, interne en santé publique au CHRU de Tours, a réalisé cette régression multiple en avril 2017.

Résultats

1. Diagramme de flux

A l'arrêt du recueil de données, nous avons récolté 558 réponses.

Figure 1. Diagramme de flux



Le taux de médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire touchés par l'envoi était d'environ 60%. Le taux de médecins libéraux répondeurs était de 15,1%. Le taux de réponse au mail reçu était de 25,3%.

2. Description de la population

La moyenne d'âge était de 51 ans et 3 mois $\pm$ 10 ans et 8 mois, les âges allant de 28 à 75 ans.

La répartition par sexe était de 278 femmes et 277 hommes.

Le département ayant fourni le plus de répondants était l'Indre et Loire avec 40 % des réponses.

Figure 2. Répartition des réponses par département



Spécialités des médecins

Tableau 1. Répartition selon les spécialités

	Nombre de réponses*	Total région**	% de réponses***
Anesthésiste-réanimateur	7 (1,26)	91	7,69%
Biologiste	1 (0,18)	48	2,08%
Cardiologue	6 (1,08)	149	4,03%
Chirurgien général	1 (0,18)	42	2,38%
Chirurgien maxillo-facial et stomatologue	2 (0,36)	26	7,69%
Chirurgien orthopédiste	4 (0,72)	81	4,94%
Chirurgien plastique	2 (0,36)	19	10,53%
Chirurgien thoracique et cardio- vasculaire	3 (0,54)	4	75,00%
Chirurgien urologue	1 (0,18)	33	3,03%
Chirurgien viscéral et digestif	1 (0,18)	23	4,35%
Dermatologue	9 (1,62)	81	11,11%
Endocrinologue	3 (0,54)	27	11,11%
Gastro-entéro-hépatologue	8 (1,44)	67	11,94%
Généraliste	408 (73,51)	1955	20,87%
Gynécologue médical	5 (0,90)	55	9,09%
Gynécologue obstétricien	11 (1,98)	87	12,64%
Médecin en médecine nucléaire	1 (0,18)	27	3,70%
Médecin MPR	5 (0,90)	7	71,43%
Néphrologue	1 (0,18)	23	4,35%
Neuro-chirurgien	1 (0,18)	28	28,57%
Neurologue	6 (1,08)		
Neuro-psychiatre	1 (0,18)	136	9,56%
Ophtalmologue	13 (2,34)		
Oto-rhino-laryngologue	4 (0,72)	64	6,25%
Pédiatre	10 (1,80)	76	13,16%
Pneumologue	5 (0,90)	34	14,71%
Psychiatre	13 (2,34)	166	7,83%
Radiologue	14 (2,52)	186	7,53%
Radiothérapeute	3 (0,54)	28****	10,71%
Rhumatologue	6 (1,08)	55	10,91%
Autres spécialités n'ayant pas répondu		55	
Total général	555	3673	15,11%

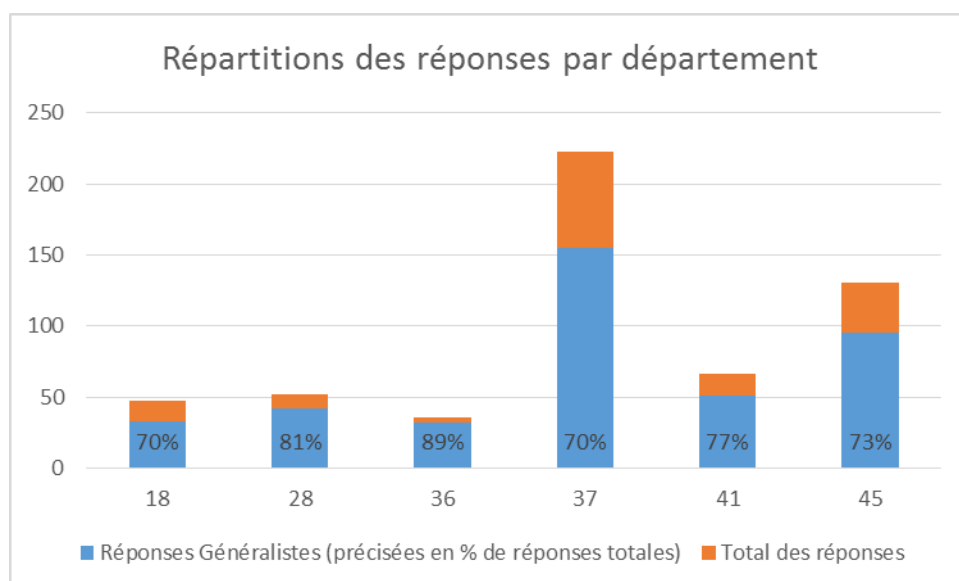
* : Nombre de réponses = nombre absolu (pourcentage par rapport au nombre total de réponses)

** : Total région = nombre total de médecins libéraux dans la région Centre-Val de Loire d'après les chiffres de la DREES¹⁴ de mars 2017

*** : % de réponses = nombre de réponses/nombre total de médecins libéraux X100

**** : Nombre obtenu pour la spécialité commune avec les oncologues

Figure 3. Répartition des réponses des généralistes par rapport aux réponses totales par département



Exercice

La moyenne des **années d'exercice en libéral** était de 21 ans et demi $\pm$ 11 ans et demi, avec 1 an pour minimum et 49 ans pour maximum.

Les médecins exerçaient pour 65 % d'entre eux en **cabinet de groupe**, contre 35 % **seuls**.

L'exercice en milieu **rural** comptait 53 % des médecins, contre 31 % en **semi-rural** et 16 % en milieu **urbain**.

78 % des médecins utilisaient un **secrétariat**, avec une moyenne de :

- 36 heures et demi par semaine si **secrétariat physique**,
- 40 heures par semaine si **secrétariat téléphonique**,
- certains alliant les deux (39 % des médecins).

Les médecins consultaient **uniquement sur rendez-vous** pour 86,8 % d'entre eux, et **uniquement sans rendez-vous** pour 1,4 %. Dans la **pratique mixte**, avec et sans, les 3/4 utilisaient les rendez-vous pour plus de 50 % de leurs consultations.

Les moyennes de **temps passés avec les patients**, en **administratif**, en **visite**, de **garde**, en **formation**, et en **salariat**, sont énoncées dans le tableau 2.

Les heures de salariat sont d'abord exprimées en une moyenne de toutes les réponses puis pour plus de pertinence, en une moyenne d'heures si salariat. En d'autres termes, la moyenne des heures salariées si les médecins ont un exercice mixte (soit 138 médecins).

Tableau 2. Différents temps d'exercice

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Heures avec les patients /semaine	9	85	41,84	10,38
Heures administratives /semaine	0	60	7,84	6,63
Heures de visites /mois	0	120	12,33	17,08
Heures de salariat /semaine	0	39	2,34	5,74
Heures de salariat si salariat / semaine	0,50	39	9,40	8,15
Nombre de jours de garde par an	0	308	10,69	28,57
Nombre de jours de formation par an	0	365	10,35	19,90

NB : Le temps passé en formation a été mal appréhendé, la moyenne était de 10 jours par an $\pm$ 20 jours avec un maximum de 365 jours. Nous ne l'avons donc pas utilisé dans le reste de notre analyse.

27% des médecins libéraux étaient **maîtres de stage universitaires**, soit 151 en effectifs. 7 maîtres de stage n'étaient pas généralistes.

Situation personnelle et loisirs

12,3% des médecins étaient **célibataires**, contre 87,7% **en couple**.

Ils avaient un ou des **enfants à charge** pour 62% d'entre eux.

Les moyennes de semaines de **vacances** et de **sorties**, ainsi que les heures d'**activité physique** sont décrites dans le tableau 3.

Tableau 3. Congés et sorties.

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Semaines de vacances /an	1	18	6,53	2,02
Sorties restaurant-bar-café /semestre	0	100	9,03	10,21
Sorties théâtre-cinéma-spectacle-musée /semestre	0	30	4,52	5,27
Sorties pour voir amis-famille /semestre	0	75	10,72	9,99
Heures d'activité physique /semaine	0	20	2,38	2,33

Scores de fatigue

L'échelle du MFI se décomposant en 4 dimensions, nous avons récolté 5 scores, les scores de chaque dimension et le score total. Ils sont décrits dans le tableau 4.

Tableau 4. Scores de fatigue

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Fatigue Générale /63	10	62	31,74	10,32
Fatigue Mentale / 42	6	38	17,12	6,38
Réduction des Activités /21	3	19	6,36	2,69
Réduction de la Motivation /14	2	14	5,79	2,72
Score total /140	23	120	60,99	18,02

Scores par spécialité

Ils sont présentés dans le tableau 5.

Tableau 5. Moyennes des scores par spécialité

	Fatigue Générale	Fatigue Mentale	Réductions des Activités	Réduction de Motivation	Score Total
Anesthésiste-réanimateur	26,71	13,86	5,71	5,43	51,71
Biologiste	37,00	19,00	4,00	3,00	63,00
Cardiologue	35,00	21,33	5,83	5,83	68,00
Chirurgien général	28,00	10,00	3,00	2,00	43,00
Chirurgien maxillo-facial et stomatologue	32,00	18,50	7,00	4,50	62,00
Chirurgien orthopédiste	22,00	14,25	4,50	4,50	45,25
Chirurgien plastique	30,00	13,00	7,00	7,00	57,00
Chirurgien thoracique et cardio-vasculaire	24,33	12,33	3,67	5,67	46,00
Chirurgien urologue	41,00	22,00	7,00	7,00	77,00
Chirurgien viscéral et digestif	36,00	27,00	10,00	3,00	76,00
Dermatologue	29,44	14,11	5,89	5,89	55,33
Endocrinologue	32,00	17,67	7,00	3,00	59,67
Gastro-entero-hépatologue	31,50	17,50	6,75	5,88	61,63
Généraliste	31,85	17,36	6,40	5,88	61,50
Gynécologue médical	31,80	15,40	5,80	5,60	58,60
Gynécologue obstétricien	28,73	14,73	5,64	4,64	53,73
Médecin en médecine nucléaire	23,00	19,00	7,00	2,00	51,00
Médecin MPR	40,80	15,80	6,00	5,00	67,60
Néphrologue	18,00	6,00	4,00	2,00	30,00
Neuro-chirurgien	28,00	16,00	7,00	4,00	55,00
Neurologue	24,67	13,83	5,50	4,83	48,83
Neuro-psychiatre	16,00	8,00	5,00	4,00	33,00
Ophtalmologue	32,77	18,77	6,46	6,54	64,54
Oto-rhino-laryngologue	42,00	26,50	7,50	8,50	84,50
Pédiatre	33,50	16,20	5,50	5,80	61,00
Pneumologue	27,20	14,00	5,60	5,20	52,00
Psychiatre	34,08	15,23	7,00	5,92	62,23
Radiologue	32,43	16,07	6,64	5,50	60,64
Radiothérapeute	42,00	25,00	10,67	7,67	85,33
Rhumatologue	30,00	17,67	7,17	5,17	60,00
Total général	31,74	17,12	6,36	5,79	60,99

Spécialités les plus fatiguées

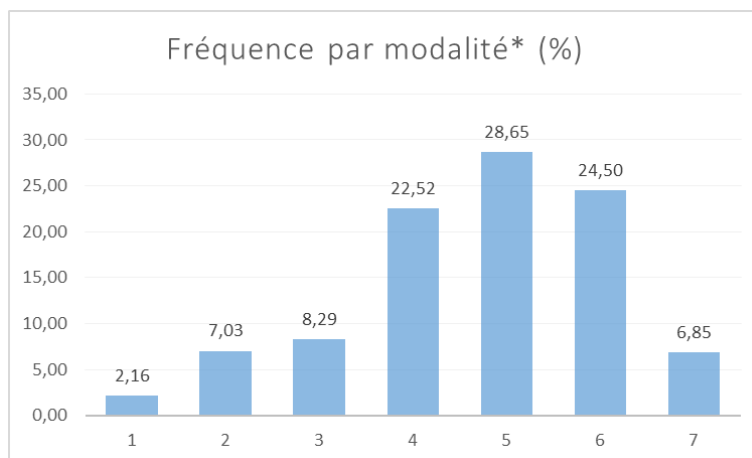
Ci-dessous dans le tableau 6, les spécialités obtenant les plus hauts scores dans chaque dimension ainsi que le score total. Certaines spécialités sont retrouvées dans chaque colonne. Ne sont représentées que les spécialités ayant une moyenne supérieure à la moyenne totale. Ces résultats sont à pondérer avec les nombres de réponses par spécialité, représentés entre crochets.

Tableau 6. Classement des spécialités les plus fatiguées

Fatigue Générale (moyenne/63) [effectifs]	Fatigue Mentale (moyenne/42) [effectifs]	Réduction des Activités (moyenne/21) [effectifs]	Réduction de Motivation Score (moyenne/14) [effectifs]	Score Total (moyenne/140) [effectifs]
1 Oto-rhino-laryngo. (42,00) [4]	Chir. visc. et dig. (27,00) [1]	Radiothérapeute (10,67) [3]	Oto-rhino-laryngo. (8,50) [4]	Radiothérapeute (85,33) [3]
2 Radiothérapeute (42,00) [3]	Oto-rhino-laryngo. (26,50) [4]	Chir. visc. et dig.(10,00) [1]	Radiothérapeute (7,67) [3]	Oto-rhino-laryngo. (84,50) [4]
3 Chir. urologue (41,00) [1]	Radiothérapeute (25,00) [3]	Oto-rhino-laryngo.(7,50) [4]	Chir. plastique (7,00) [2]	Chir. urologue (77,00) [1]
4 Médecin MPR (40,80) [5]	Chir. urologue (22,00) [1]	Rhumatologue (7,17) [6]	Chir. urologue (7,00) [1]	Chir. visc. et dig. (76,00) [1]
5 Biologiste (37,00) [1]	Cardiologue (21,33) [6]	Chirurgien plastique (7,00) [2]	Ophtalmologue (6,54) [13]	Cardiologue (68,00) [6]
6 Chir. visc. et dig. (36,00) [1]	Médecine nucléaire (19,00) [1]	Psychiatre (7,00) [13]	Psychiatre (5,92) [13]	Médecin MPR (67,60) [5]
7 Cardiologue (35,00) [6]	Biologiste (19,00) [1]	Neuro-chirurgien (7,00) [1]	Dermatologue (5,89) [9]	Ophtalmologue (64,54) [13]
8 Psychiatre (34,08) [13]	Ophtalmologue (18,77) [13]	Endocrinologue (7,00) [3]	Généraliste (5,88) [408]	Biologiste (63,00) [1]
9 Pédiatre (33,50) [10]	Chir. maxillo-facial (18,50) [2]	Chir. maxillo-facial (7,00) [2]	Gastro-enterologue (5,88)	Psychiatre (62,23) [13]
10 Ophtalmologue (32,77) [13]	Rhumatologue (17,67) [6]	Médecine nucléaire (7,00) [1]	Cardiologue (5,83) [6]	Chir. maxillo-facial 62,00) [2]
11 Radiologue (32,43) [14]	Endocrinologue (17,67) [3]	Chir. urologue (7,00) [1]	Pédiatre (5,80) [10]	Gastro-enterologue (61,63) [8]
12 Endocrinologue (32,00) [3]	Gastro-enterologue (17,50) [8]	Gastro-enterologue (6,75) [8]	Moyenne générale (5,79)	Généraliste (61,50) [408]
13 Chir. maxillo-facial (32,00)	Généraliste (17,36) [408]	Radiologue (6,64) [14]		Pédiatre (61,00) [10]
14 Généraliste (31,85) [408]	Moyenne générale (17,12)	Ophtalmologue (6,46) [13]		Moyenne générale (60,99)
15 Gynécologue méd. (31,80) [5]		Généraliste (6,40) [408]		
16 Moyenne générale (31,74)		Moyenne générale (6,36)		

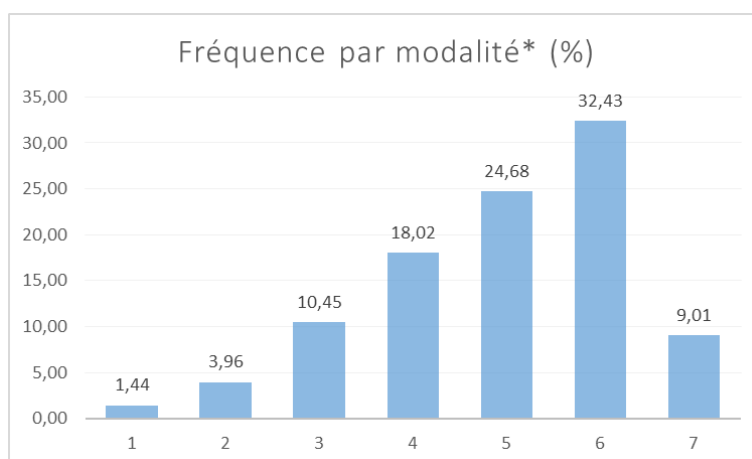
Auto-évaluation de santé et consommations

Figure 4. « Je suis satisfait(e) de **ma vie au travail.** » (moyenne des réponses $4,69 \pm 1,40$)



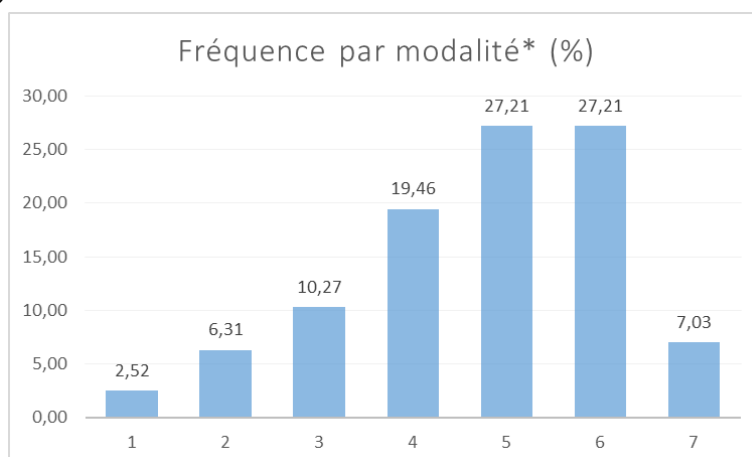
*1 : pas du tout satisfait => 7 : tout à fait satisfait

Figure 5. « Je suis satisfait(e) de **ma vie en général.** » (moyenne des réponses de $4,94 \pm 1,37$)



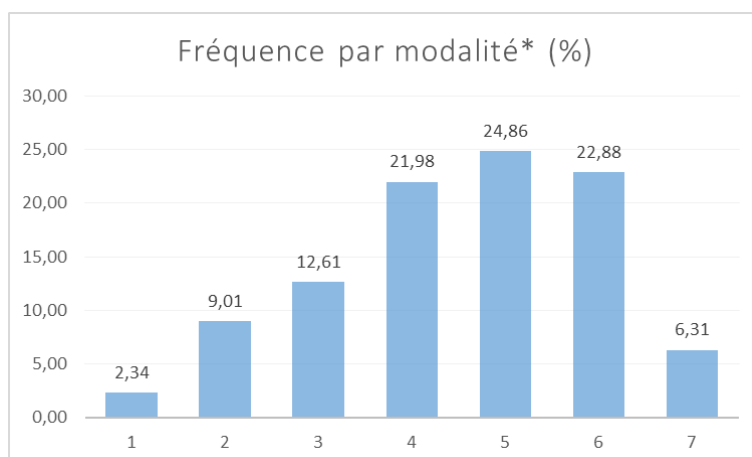
*1 : pas du tout satisfait => 7 : tout à fait satisfait

Figure 6. « Je suis satisfait(e) de mon **état de santé global.** » (moyenne des réponses de $4,72 \pm 1,43$)



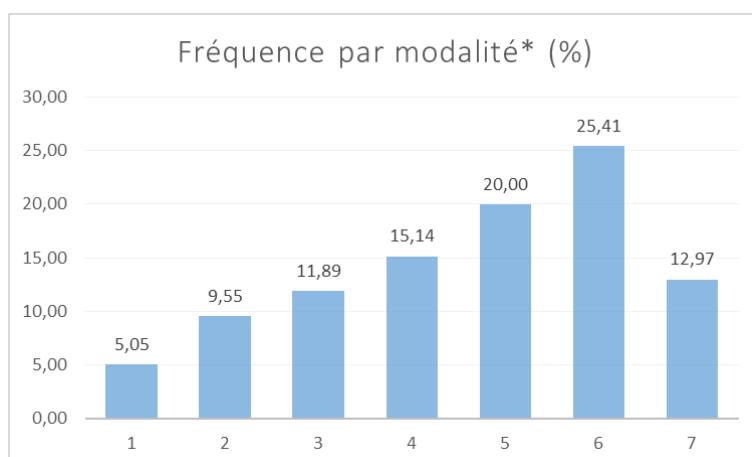
*1 : pas du tout satisfait => 7 : tout à fait satisfait

Figure 7. « Je suis satisfait(e) de mon **état de santé physique.** » (moyenne des réponses de $4,52 \pm 1,47$)



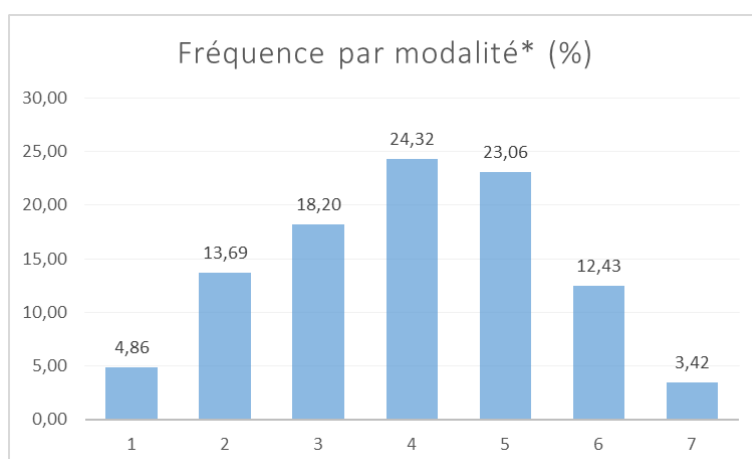
*1 : pas du tout satisfait => 7 : tout à fait satisfait

Figure 8. « Je **dors bien.** » (moyenne des réponses de $4,64 \pm 1,71$)



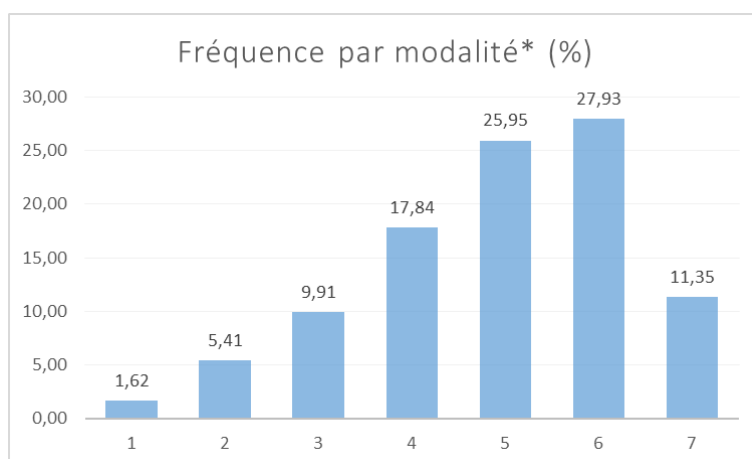
*1 : pas du tout satisfait => 7 : tout à fait satisfait

Figure 9. « Je suis globalement **détendu(e).** » (moyenne des réponses de $3,98 \pm 1,49$)



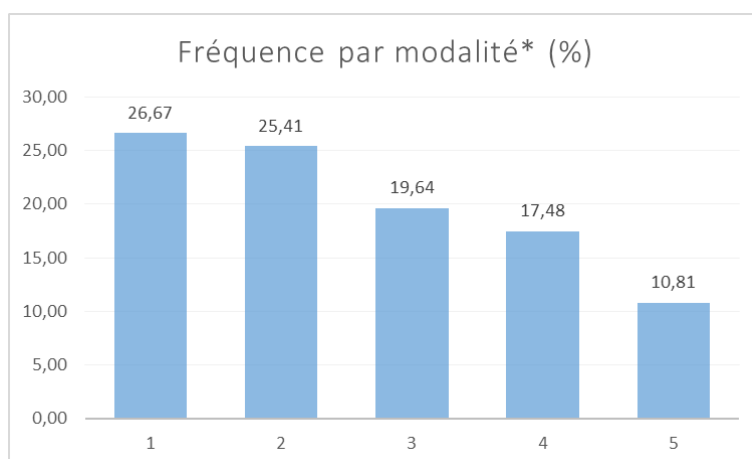
*1 : pas du tout satisfait => 7 : tout à fait satisfait

Figure 10. « J'ai **bon moral**. » (moyenne de $4,90 \pm 1,43$)



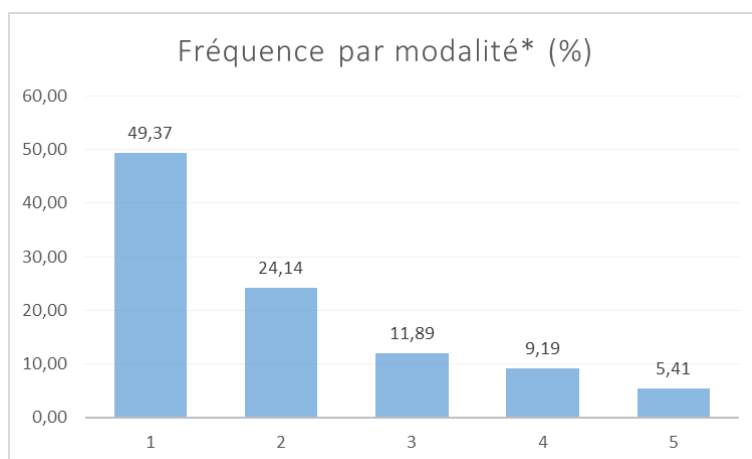
*1 : pas du tout satisfait => 7 : tout à fait satisfait

Figure 11. « Pour tenir le coup, j'ai besoin de consommer du **café**. » (moyenne des réponses de $2,60 \pm 1,33$)



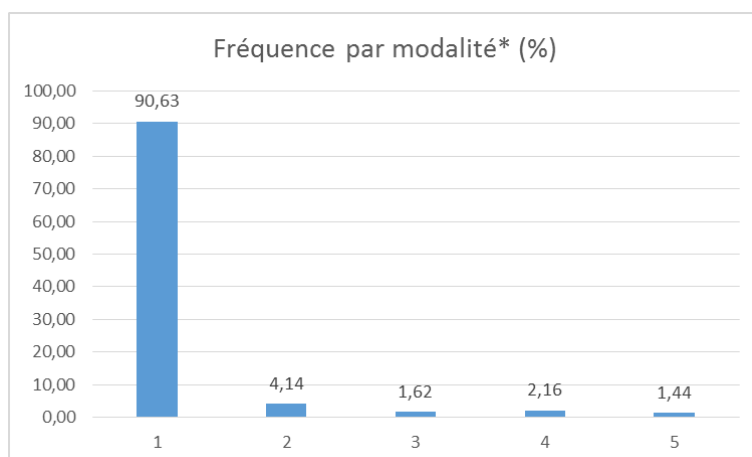
*1 : jamais => 5 : très souvent

Figure 12. « Pour tenir le coup, j'ai besoin de consommer du **thé**. » (moyenne de $1,97 \pm 1,21$)



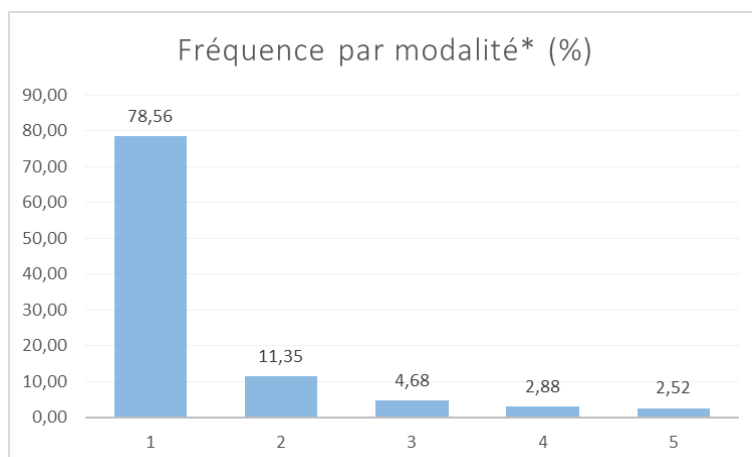
*1 : jamais => 5 : très souvent

Figure 13. « Pour tenir le coup, j'ai besoin de consommer du **tabac**. » (moyenne de $1,20 \pm 0,70$)



*1 : jamais => 5 : très souvent

Figure 14. « Pour tenir le coup, j'ai besoin de consommer des **médicaments stimulants ou hypnotiques/anxiolytiques**. » (moyenne de $1,39 \pm 0,90$)



*1 : jamais => 5 : très souvent

Les **consommations autres** (**annexe 3**) précisées en commentaire libre pouvaient se regrouper dans les quelques catégories suivantes : consommations d'alcool, consommations d'antidépresseurs, consommations de vitamines et traitements autres (antidiabétiques oraux par exemple), consommations alimentaires (chocolat par exemple), et des activités et non consommations (yoga, méditation, sport...).

Commentaires libres à la fin du questionnaire

Ils sont reproduits en intégralité en annexe 4. Certains ont décrit ce qui dans leur situation personnelle ou professionnelle pouvait biaiser ou du moins influencer leurs réponses. D'autres ont voulu préciser des réponses, ou alors questionner notre travail. Certaines réponses sont des expressions de difficultés, et d'autres se voulaient positives. Enfin quelques-uns ont offert des mots d'encouragement.

Les remarques sur l'étude déploraient des manques d'investigation sur certains thèmes, tels l'alcool dans les consommations, les maisons de santé pluridisciplinaires comme choix d'organisation, les temps en famille, le conjoint, les activités extra-professionnelles autres (bénévolat). Le questionnaire était à certains niveaux mal adapté aux spécialités biologiques ou radiologiques par exemple, car les médecins ne voient que peu les patients. La clarté de certaines questions ne semblait pas évidente. Un médecin a suggéré d'aborder les causes de l'épuisement des soignants.

3. Résultats des analyses univariées

Nous avons analysé les variables du questionnaire avec les 5 scores de fatigue (les 4 dimensions ainsi que le score de fatigue total).

La variable «jours de formation » n'a pas été étudiée, de par la mauvaise fiabilité des réponses.

3.1. Analyses des caractéristiques générales (Tableau 7 en annexe)

La **réduction de motivation** était associée significativement à un **âge plus élevé** (OR 1,03 [1,04;1,05] $p=0,006$).

La **fatigue générale** était associée significativement, et fortement, au sexe, **être une femme** augmentant le risque d'être fatigué (OR 17,86 [3,19;96,64] $p=0,001$).

Les différentes spécialités n'étaient pas associées significativement à l'élévation des scores des dimensions comme du score de fatigue total. N'est présenté dans le tableau que le test avec le plus de puissance théorique (car plus d'effectifs) entre les généralistes et les autres spécialités.

3.2. Analyses des caractéristiques d'exercice (Tableau 8 en annexe)

L'**ancienneté** était associée significativement à une **augmentation** du score de **réduction de motivation** (OR 1,02 [1,00;1,04] $p=0,02$).

Exercer seul était significativement et fortement associé à l'**augmentation de tous les scores sauf la fatigue mentale** (d'un OR de 2,28 pour la réduction des activités à un OR de 410,76 pour le score total).

Le lieu d'exercice n'était pas associé à l'augmentation des différents scores.

Ne pas avoir de secrétariat était significativement associé à une **augmentation** des scores de **réduction des activités** (OR 2,28 [1,33;3,80] $p=0,003$), **réduction de motivation** (OR 2,61 [1,51;4,48] $p=0,001$) et **score de fatigue total** (OR 38,26 [1,03;1425,91] $p=0,048$).

Les consultations avec ou sans RDV n'étaient pas associées à l'augmentation des différents scores.

Le **temps passé avec les patients** pour les généralistes (seule spécialité testée statistiquement par recherche de cohérence), **en heures par semaine**, était statistiquement associé à l'**augmentation** des scores de **toutes les dimensions sauf la réduction des activités** (d'un OR de 1,07 pour la réduction de motivation à un OR de 1,29 pour le score de fatigue total).

Le **temps administratif, en heures par semaine** était associé significativement à l'**augmentation** de la **fatigue générale**, la **fatigue mentale** et du **score de fatigue total** (respectivement OR 1,30 [1,14;1,48] $p<0,001$, OR 1,18 [1,09;1,27] $p>0,001$ et OR 1,60 [1,28;2,00] $p<0,001$).

Les **heures de visites par mois** étaient associées significativement à l'**augmentation** du score de **réduction des activités** (OR 0,98 [0,97;1,00] $p=0,03$). Avec un OR inférieur à 1, plus les médecins effectuent de visites moins ils pensent leurs activités réduites.

Le **nombre de jours de garde par an** (toutes les spécialités confondues) était significativement associé de façon **protectrice** à la **fatigue générale** (OR 0,97 [0,94;1,00] $p=0,026$), à la **fatigue mentale** (OR 0,98 [0,96;1,00] $p=0,041$) et au **score total de fatigue** (OR 0,94 [0,90;0,99] $p=0,029$).

Les **gardes pour les généralistes** étaient statistiquement associées à une **augmentation** du score de **réduction des activités** (OR 1,03 [1,01;1,05] $p=0,005$).

Le **salariat** que ce soit toutes spécialités confondues ou seuls les généralistes **n'était pas associé** aux différentes dimensions.

Ne pas être maître de stage universitaire était significativement associé à une **augmentation** du score de **réduction de motivation** (OR 2,05 [1,17;3,62] $p=0,026$).

3.3. Analyses des situations personnelles et loisirs (Tableau 9 en annexe)

Être célibataire était significativement et fortement associé à une **augmentation** de la **fatigue générale** (OR 15,11 [1,10;206,65] $p=0,042$).

Avoir un ou des enfants à charge était significativement associé à la **réduction des activités**, en **facteur protecteur** de celle-ci (OR 0,59 [0,37;0,94] $p=0,026$).

Les **congés en semaine par an** étaient significativement associés à la diminution des scores de **toutes les dimensions** (OR de 0,52 pour le score de fatigue générale à 0,87 pour la réduction des activités). Avec un OR inférieur à 1, plus les médecins prennent de congés, moins ils ont des scores élevés dans ces dimensions.

Les **sorties** étaient **globalement protectrices**. L'**activité physique, en heures par semaine**, est significativement associée, en **facteur très protecteur**, à **toutes les dimensions** avec notamment un OR du score de fatigue total de 0,09 ([0,05;0,17] $p=0,004$).

3.4. Analyses des échelles de Likert (Tableau 10 en annexe)

Les **échelles de Likert sur la satisfaction personnelle** concernant la vie en générale, la vie au travail, la santé globale, la santé physique, le bon sommeil, la détente et le bon moral étaient **toutes** associées significativement, avec des OR inférieurs à 1, à **la diminution des scores de toutes les dimensions**.

3.5. Analyses des consommations (Tableau 11 en annexe)

La **consommation de café** était significativement liée :

- à la **fatigue générale** (OR 2,64 [1,39;5,01] $p=0,003$),
- à la **fatigue mentale** (OR 2,12 [1,42;3,14] $p<0,001$),
- à une **réduction de motivation** (OR 1,27 [1,07;1,50] $p=0,006$),
- au **score total de fatigue** (OR 7,80 [2,55;23,82] $p<0,001$).

La **consommation de thé** était significativement associée :

- à la **fatigue générale** (OR 2,12 [1,04;4,31] $p=0,037$),
- à la **fatigue mentale** (OR 1,63 [1,05;2,53] $p=0,029$),
- au **score total de fatigue** (OR 3,72 [1,08;12,80] $p=0,038$).

La **consommation de tabac** n'était **pas liée** significativement aux différentes dimensions.

La **consommation de médicaments** stimulants ou anxiolytiques était significativement **liée à toutes les dimensions**, en **facteur très favorisant** puisque les OR vont de 1,36 à 458,17.

4. Résultats de l'analyse multivariée (Tableau 12 en annexe)

Une analyse multivariée a pu être réalisée, sur les variables suivantes : exercice seul ou en groupe, lieu d'exercice (rural/semi-rural/urbain), consultations avec ou sans RDV, temps passé avec les patients.

La volonté était de déterminer si un médecin exerçant seul, en milieu rural, sans RDV et passant de nombreuses heures avec ses patients était plus fatigué.

Cette régression multiple a fait ressortir les éléments suivants :

- Exeracer seul et les consultations sans RDV étaient significativement liés à la **fatigue générale**, l'un très favorisant (OR 33,23 [5,55;198,89] $p<0,001$), l'autre fortement protecteur (OR 0,006 [0;0,48] $p=0,02$).
- Le temps passé avec les patients en heures par semaine était significativement associé à l'augmentation du score de **fatigue mentale** (OR 1,06 [1,00;1,11] $p=0,04$).
- Exeracer seul était significativement associé à une augmentation du score de **réduction des activités** (OR 2,39 [1,49;3,81] $p<0,001$).
- Le temps passé avec les patients en heures par semaine était significativement associé (OR 1,05 [1,02;1,07] $p<0,001$), ainsi que l'exercice seul (OR 2,10 [1,31;3,35] $p=0,002$) à une augmentation du score de **réduction de motivation**.
- Les consultations sans RDV étaient significativement associées à une diminution du **score total de fatigue** (OR 0 [0;0,72] $p=0,041$) alors qu'exeracer seul était significativement et fortement associé à son augmentation (OR 405,17 [17,50;9381,79] $p<0,001$).

Nous savions d'après les analyses univariées, qu'exeracer seul était lié à un sur-risque de fatigue, et cela ressort également dans cette étude multivariée. Par contre, les consultations sans RDV n'étaient pas ressorties de manière univariée et ressortaient en multivarié. Et que ce soit en univarié comme en multivarié, le lieu d'exercice n'était pas lié significativement à une augmentation des scores de fatigue.

5. Récapitulatifs des principaux résultats par dimension

Fatigue Générale

Les facteurs significativement liés à une Fatigue Générale plus élevée étaient :

- être une femme,
- exercer seul,
- passer beaucoup de temps avec les patients (pour les généralistes),
- passer beaucoup de temps en administratif,
- ne pas avoir de jours de garde,
- être célibataire,
- consommer beaucoup de café et de thé et des médicaments stimulants ou anxiolytiques.

A contrario, les facteurs associés à une Fatigue Générale plus faible étaient :

- les semaines de congés,
- les sorties (toutes),
- faire de l'activité physique,
- être satisfait de sa vie en général et au travail, de sa santé globale et physique, de son sommeil, sa détente et avoir bon moral.

Fatigue Mentale

Les facteurs liés à une Fatigue Mentale plus élevée étaient :

- les heures passées avec les patients (pour les généralistes),
- les heures administratives,
- ne pas avoir de jours de garde,
- consommer du café, du thé et des médicaments stimulants ou anxiolytiques.

A contrario, les facteurs associés à une Fatigue Mentale plus faible étaient :

- les semaines de congés,
- avoir des sorties culturelles,
- faire du sport,
- être satisfait de tous les aspects de sa vie examinés par auto-évaluation.

Réduction des Activités

Les facteurs liés à une réduction des activités plus importante étaient :

- exercer seul,
- ne pas avoir de secrétariat,
- consommer des médicaments stimulants ou anxiolytiques,
- avoir des gardes (pour les généralistes).

Les facteurs qui paraissaient protecteurs des activités étaient :

- les visites pour les généralistes,
- avoir des enfants à charge,
- les semaines de congés,
- faire du sport.

Réduction de Motivation

Les facteurs liés à une réduction de motivation plus haute étaient :

- l'âge,
- l'ancienneté,
- exercer seul,
- ne pas avoir de secrétariat,
- passer beaucoup de temps avec les patients (pour les généralistes),
- ne pas être maître de stage universitaire,
- consommer des médicaments stimulants ou anxiolytiques.

Une moindre réduction de motivation était liée à :

- une bonne satisfaction sur tous les domaines explorés,
- les semaines de congés,
- les sorties,
- faire du sport.

Score total du MFI

Les facteurs liés à un score total de fatigue plus élevé étaient :

- exercer seul,
- ne pas avoir de secrétariat,
- passer du temps avec les patients (pour les généralistes),
- passer du temps en tâches administratives,
- consommer du café et du thé.

Les facteurs significativement liés à un score total de fatigue plus bas étaient :

- avoir des gardes,
- les semaines de congés,
- les sorties,
- faire du sport,
- avoir un taux de satisfaction important.

Grâce à la régression multiple, nous pouvions conclure sur quelques variables les affirmations suivantes concernant les médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire :

- Les médecins libéraux étaient d'autant plus atteints de Fatigue Générale qu'ils exerçaient seuls et avec des consultations sur rendez-vous.
- Ils étaient d'autant plus atteints de Fatigue Mentale qu'ils passaient du temps avec leurs patients.
- Ils voyaient leurs Activités d'autant plus réduites qu'ils exerçaient seuls.
- Ils souffraient d'autant plus de réduction de Motivation qu'ils exerçaient seuls et passaient plus de temps avec leurs patients.
- Les médecins libéraux présentaient d'autant plus une Fatigue Totale importante qu'ils exerçaient seuls et avaient des consultations sur rendez-vous.
- Quant au lieu d'exercice, il ne possédait aucun lien significatif avec les dimensions de fatigue ou le score total.

Discussion

Biais et Limites

La méthodologie utilisée était un auto-questionnaire informatique, constituant un biais de recrutement, avec le risque de ne pas intéresser les médecins peu aguerris à ce moyen. Le MFI est une échelle de 20 énoncés, rapide et courte, elle est adaptée à une étude transversale qui veut toucher le plus de médecins, mais pourrait sembler peu exhaustive sur un sujet aussi multifactoriel et complexe que la fatigue et constitue ainsi une limite. La subjectivité des réponses a pu être un biais d'évaluation, les médecins refusant de s'avouer fatigués minimisant leurs scores (consciemment ou non), ou inversement. Le délai de réponse, un peu moins d'un mois entre le premier envoi et l'arrêt du recueil, a pu empêcher certains d'apporter leur réponse. Un biais d'interprétation a pu intervenir dans le nombre de gardes par an, certains ayant un fonctionnement par astreintes, ainsi que dans le nombre de jours de formation, certains donnant ces formations ou étant MSU. Pour une étude plus exhaustive, d'autres variables auraient pu être analysées, telles que l'informatisation des cabinets, l'utilisation des lecteurs de carte vitale, de carte bancaire, etc., mais également une comparaison avec une évaluation du burn-out par le MBI. Dans un souci de recueil large des données, nous avons limité la longueur du questionnaire. Toutes nos données recueillies auraient pu être plus amplement étudiées, notamment avec d'autres régressions multiples, évitant peut-être des biais de confusion.

Notre population avait un âge moyen de 51,3 ans, ce qui n'est que légèrement inférieur à la moyenne régionale de 2016 de 52,6 ans selon la DREES¹⁵. Nous pouvons observer une différence substantielle de composition de notre population sur le sexe, le rapport homme-femme dans la région étant de 2/3-1/3 environ, et nous avons une parité presque parfaite des réponses. Les femmes se sentent-elles plus touchées par un sujet sur la fatigue ? Ou peut-être prennent-elles plus le temps de s'arrêter pour une relecture de leur pratique ? Concernant les spécialités, il est à noter qu'1/5 des généralistes de la région ont répondu à notre questionnaire, et qu'ils sont les répondants majoritaires avec 408 réponses sur 555. Les généralistes se sentent-ils plus touchés par une thèse de médecine générale ? Enfin, nous nous sommes intéressés aux médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire et ne pouvons extrapoler à la France entière.

Les médecins libéraux de la région Centre Val de Loire sont moyennement fatigués

L'objectif principal était de décrire la fatigue des médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire. Les scores moyens étaient respectivement de 31,74 sur 63 pour la Fatigue Générale, de 17,12 sur 42 pour la Fatigue Mentale, de 6,36 sur 21 pour la Réduction des Activités, de 5,79 sur 14 pour la Réduction de la Motivation et de 60,99 sur 140 pour le score total du MFI. Ce MFI ne permet pas de classer les médecins libéraux en deux parties, « fatigués » et « non-fatigués », seulement de donner un score à comparer avec d'autres études pour mieux appréhender nos résultats. Notre travail de recherche est le premier s'intéressant à la fatigue des médecins libéraux, cependant nous pouvons comparer nos résultats à d'autres populations. Dans l'état de Géorgie aux USA¹⁶ comme au Danemark¹⁷, les scores totaux du MFI dans la population générale sont respectivement de 37 et 38 sur 140. Pour comparaison en Géorgie, les scores totaux retrouvés pour des patients atteints de syndrome de fatigue chronique (CFS) et de maladies chroniques (autres que le CFS) sont respectivement de 67 et 52 sur 140. Les médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire de notre étude souffraient donc d'une fatigue plus importante que les malades chroniques de l'état de Géorgie. Nous ne pouvons comparer les sous-dimensions à partir de ces études, le MFI français ne comportant pas le même nombre de sous-dimensions.

Dans la validation française du MFI, Gentile¹¹ utilise une population de patients atteints de maladies thyroïdiennes équilibrées sous traitement comme référence de « non-fatigués », comparant cette population à des patients en hypothyroïdie référencés comme « modérément fatigués », et des patients consultant pour symptômes de fatigue sans autre pathologie, référencés comme « fatigués ». Les scores totaux du MFI sont de 48,9 pour les non-fatigués, 62,1 pour les modérément fatigués, et 70,8 pour les fatigués. Avec un score moyen de 60,99, les médecins libéraux approchent la catégorie modérément fatiguée de l'étude de Gentile. La fatigue générale et la fatigue mentale des médecins libéraux se rapprochent de celles des modérément fatigués, tandis que la réduction des activités correspond à celle des non-fatigués et la réduction de motivation plus importante que celle des fatigués.

La DREES constate environ 10 % de détresse psychologique itérative chez les généralistes de 5 régions dans l'année 2008¹², sans aller forcément jusqu'au burn-out. Interrogés sur des symptômes répétés dans l'année écoulée, les généralistes disent souffrir principalement de la fatigue, en second lieu du stress puis en troisième venaient les troubles du sommeil. Chez les cadres et professions intellectuelles supérieures, le stress est la première réponse mentionnée, suivie de la fatigue et dans une moindre mesure des troubles du sommeil. Enfin, les études concernant le burn-out sont nombreuses. Les scores moyens obtenus sur les 3 composantes du MBI montrent que 47 % des médecins présentent des symptômes du burn-out dans les régions de Champagne-Ardenne, de Poitou-Charente et de Bourgogne étudiées par Truchot¹⁸⁻²⁰. Chez les médecins généralistes de la Loire², 5 % des médecins sont en burn-out complet (associant les 3 composantes), un quart des médecins est en burn-out pour la composante d'épuisement émotionnel, un tiers pour la composante de dépersonnalisation, et un cinquième pour la composante de diminution de l'accomplissement personnel. Ainsi, la fatigue des médecins libéraux de la région Centre Val de Loire est à mettre en perspective avec un burn-out connu et mis en lumière dans plusieurs études.

Les médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire sont modérément fatigués, qu'en est-il des médecins hospitaliers ? Peu d'études existent comparant les deux modes de pratique. En Nouvelle-Zélande, une étude de 2009 sur des radiologues libéraux et hospitaliers²¹ a mis en évidence une augmentation du stress au travail et du taux de burn-out ainsi qu'une diminution de la satisfaction au travail dans le secteur public. Dans le Limousin⁵ en 2015, le burn-out touche plus les médecins hospitaliers que libéraux. La fatigue et le burn-out ne semblent pas une spécificité de l'exercice libéral, mais sont nettement moins médiatisés aujourd'hui. L'exercice salarié étant plébiscité par les jeunes médecins, il pourrait être intéressant de mieux communiquer autour de la difficulté de chacun des modes d'exercice. Les jeunes médecins pourraient peut-être moins idéaliser une pratique en salariat, et donc préférer s'installer en libéral ?

Un temps de travail important augmente la fatigue des médecins libéraux

Notre étude retrouvait une association très forte entre le temps passé avec les patients et les Fatigues Générale et Mentale, la Réduction de Motivation et le score MFI total. Plus le temps de soin était important plus la motivation diminuait et la fatigue augmentait. D'autre part, les taux de fatigue étaient d'autant plus bas que le nombre de semaines de congés par an était haut. Dans l'étude de Cathébras², la charge de travail, évaluée par le nombre d'actes par jour et le nombre d'heures de travail hebdomadaire, était associée à un niveau élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Les médecins généralistes européens avaient aussi un burn-out d'autant plus élevé qu'ils travaillaient beaucoup¹³. En région PACA, seuls 1 % des médecins généralistes de ville présentent un burn-out complet en 2007²². Les auteurs pensent que la plus forte densité en médecins de la région PACA pourrait expliquer ce faible taux d'épuisement par rapport aux régions sus-citées. Appuyant cette hypothèse, les chiffres sont plus importants en 2015 dans le Limousin⁵, où 11% des médecins (toutes spécialités et activités confondues) sont objectivement en burn-out sévère, et 20% des médecins libéraux se déclarent en épuisement professionnel.

Notre étude retrouvait une moyenne déclarée par semaine de 41,8 heures avec les patients et 7,8 heures en tâches administratives (moyennes comprenant des situations particulières comme les biologistes et radiologues par exemple). La DREES estime un temps passé avec les patients inférieur : 33 heures par semaine pour les médecins généralistes des régions PACA, Bourgogne et Pays de la Loire en 2012²³. L'Observatoire Régional de la Santé du Limousin retrouve une moyenne de 54 heures travaillées (dont 5 heures administratives) pour les médecins libéraux du Limousin en 2015⁵. Les heures travaillées comprennent du temps de comptabilité, de secrétariat parfois, d'entretien des locaux, mais également le temps de coordination des soins en dehors de la présence du patient, notamment dans les situations complexes. Nous pouvons donc constater une grande variabilité du nombre d'heures travaillées entre les régions. Les médecins libéraux choisissent-ils librement le nombre d'heures travaillées ? De nombreux facteurs rentrent en ligne de compte : démographie médicale, existence d'un secrétariat, âge du médecin, genre du médecin, organisation en groupe ou exercice isolé, charges du cabinet, contraintes financières personnelles, la disponibilité des médecins remplaçants... Le développement des forfaits dans la rémunération des médecins devrait permettre de mieux organiser les soins au sein des cabinets médicaux, pour optimiser le temps médical.

Exercer seul ou en groupe ?

Plus d'un tiers (35%) des médecins libéraux interrogés exerçaient seuls, ce qui correspond aux résultats (37,4%) de l'enquête de l'URPS-ML de la région fin septembre 2016²⁴. Exercer seul était lié à un taux de fatigue générale et un score total plus élevés qu'exercer en groupe. Pourtant, d'après Cathébras², exercer seul ou en groupe n'est pas significativement associé aux composantes du burn-out, ce qui est reconnu également au niveau européen¹³.

D'après une étude INPES « Baromètre santé des médecins généralistes »²⁵ publiée en 2009 et concernant la France entière, les cabinets de groupes augmentent en nombre, restant de taille modeste (2 à 3 médecins) et sont plutôt exclusivement médicaux. Les médecins exerçant en groupe travaillent moins de jours par semaine pour le même nombre d'actes par semaine, donc réalisent plus d'actes par jour travaillé. Ils n'exercent pas plus d'activité médicale en dehors du cabinet (salarial, expertise...) que les médecins exerçant seuls mais déclarent suivre plus de formations. Différents mode d'exercice de groupe existent. L'exercice coordonné²⁶ favorise les échanges et la coordination entre les professionnels de santé, pour au final une meilleure prise en charge médicale des patients. Les maisons de santé sont des structures pluri-professionnelles constituées de médecins, auxiliaires médicaux ou pharmaciens, qui doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu avec l'ARS avant tout versement d'aide financière. En mars 2016²⁷, en région Centre-Val de Loire, on dénombrait 53 MSP en fonctionnement et 11 en projets.

Une thèse qualitative par entretiens semi-directifs de 2013²⁸ a étudié les facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en MSP. Les résultats décrivent des MSP « majoritairement perçues comme bénéfiques vis-à-vis du burn-out, avec de nombreux facteurs de protection mis en avant : amélioration des pratiques et de l'organisation, travail en équipe, confort de vie, dynamisme, durée de consultation allongée, bénéfice personnel psychologique... ». Cette première partie des résultats est nuancée par « d'autres éléments, inhérents à ce mode d'exercice et ressortant de façon inattendue par leur nombre et leur importance, [exposant] de leur côté à un risque accru de burn-out : absence de bénéfice, pour certaines structures, concernant les horaires ou la charge de travail, conflits humains, lourdeurs structurelle et administrative, manque de formation ou d'aide, coopération difficile, etc ». En conclusion, l'auteur met en avant les MSP comme moyen de rassemblement de facteurs protecteurs du burn-out, et non facteur protecteur en soi.

Dans une même dynamique de regroupement, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé²⁹ (CPTS), avec les acteurs du champ médico-social, sur un territoire plus grand que celui d'une MSP, et à l'échelle populationnelle. Ces CPTS ont notamment pour mission d'assurer une meilleure coordination de l'action des professionnels de santé et de concourir ainsi à la structuration des parcours de santé. Elles permettent d'élaborer des actions de prévention. Le développement de ces formes d'exercice coordonné, à l'échelle d'une clientèle ou d'une population pourrait permettre de rompre avec l'isolement de l'exercice libéral, et ainsi de lutter contre la fatigue des médecins.

La maîtrise de stage diminue la fatigue des médecins généralistes libéraux

Ne pas être maître de stage universitaire était associé à une augmentation du score de réduction de motivation des médecins généralistes. Être MSU serait un facteur protecteur de diminution de motivation. Selon une étude de 2010 auprès des MSU rattachés à la faculté d'Angers (Maine-et-Loire)³⁰, leur satisfaction de leur exercice professionnel est supérieure aux autres médecins du panel étudié. Ils avancent comme facteurs explicatifs la différence du temps de travail hebdomadaire constatée entre les MSU et les médecins du panel, et les hypothèses qu'être MSU permettrait d'avoir un regard nouveau sur son travail, d'éviter la monotonie, et de lever un certain isolement, notamment grâce à l'obligation pour les MSU de participer à des temps de formation pédagogique, propices aux échanges et à la réflexion sur leur pratique.

L'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales³¹ prévoit un stage en médecine générale au cours de cette période. L'application de cet arrêté est très hétérogène selon les facultés, mais l'augmentation du numerus clausus entraîne la nécessité d'un grand nombre de MSU. D'autre part, la réforme du 3^e cycle de médecine générale entraîne une augmentation du nombre de stages ambulatoires. Enfin, certaines facultés de médecine développent la maîtrise de stage dans les autres spécialités que la médecine générale. Le développement de la maîtrise de stage permettrait-il une diminution de la fatigue chez les médecins libéraux ?

Améliorer la santé des soignants

La santé des soignants est un sujet qui intéresse de plus en plus, considérant la souffrance de beaucoup et les actualités répétées de suicides notamment. Les (nombreuses) études sur le burn-out^{2,19-20,28...} et sur la santé plus générale des professions de santé^{4,5,12...} en sont une preuve. Mais au-delà des constats, quelles mesures prendre ?

En Australie, des recommandations de bonne pratique (National Code of Practice³²) datent de 1999 et décrivent des propositions pour diminuer les risques dans le milieu médical, notamment hospitalier, en insistant sur l'information et la formation des médecins. Les médecins australiens devraient être informés des risques liés au temps de travail prolongé, aux risques pour la santé et la sécurité de ce temps de travail prolongé, comment identifier les problèmes liés au manque de sommeil et à la fatigue, des moyens personnels et individuels pour gérer au mieux... Il existe un service pouvant prendre en charge les médecins. Les Australiens proposent également des déclarations d'événements indésirables liés à la fatigue, dans le but de mieux prévenir ces risques. Concernant les médecins généralistes, les Australiens³³ comme les Britanniques³⁴ possèdent des recommandations de bonne pratique pour réduire les risques liés à la fatigue et améliorer la qualité de vie. Le guide australien datant de 2008 comporte les parties suivantes : déterminer son risque de fatigue, le réduire, des conseils pour bien gérer son emploi du temps, travailler plus intelligemment, et prendre soin de sa propre santé.

En France, le ministère de la santé vient seulement d'éditer le volet ambulatoire de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé³⁵, publié en mars 2017, et avec pour intitulé « Prenons soin de ceux qui nous soignent ». Il s'articule autour de 3 axes : améliorer les conditions d'exercice, assurer la sécurité des soignants en ambulatoire et prévenir et prendre en charge la souffrance au travail.

Les professionnels n'ont pas attendu pour s'organiser. Une étude de l'URML Île de France³⁶ de 2007 proposait déjà des mesures sous forme de recommandations. Des initiatives voient le jour depuis quelques années, émanant des caisses, des ordres ou d'associations : l'Action Sociale de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales³⁷, l'Entraide Ordinale³⁸, l'Association pour la Promotions des Soins aux Soignants³⁹, l'Entraide Régionale des Médecins de Bretagne, le réseau Aide aux Soignants de Rhône-Alpes⁴⁰, l'association MOTS (Médecins Organisation Travail Santé), l'AAPML (Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux), l'ARENE (Association Régionale

d'Entraide du Nord-Est)⁴¹, etc. L'association MOTS propose ainsi un numéro d'appel et des consultations d'aide par des confrères formés⁴². L'AAPML propose un numéro d'aide aux soignants en burn-out⁴³. Pour un soin adapté aux soignants, un Diplôme Inter-Universitaire intitulé « Soigner les soignants » (programme sur la page de l'université de Paris-Diderot⁴⁴) a été créé à l'initiative du Dr Eric Galam en 2015.

Dans la région Centre-Val de Loire, à la suite d'une enquête objectivant une demande de prévention du burn-out, l'URPS-ML a organisé des réunions animées par des médecins spécialistes du risque psycho-social. Ces ateliers ont permis de travailler sur des mises en place d'actions de prévention. Plus de 70 % des participants étaient atteints de burn-out à l'inscription⁴⁵, et les résultats montrent une diminution du burn-out vers un niveau modéré à la suite des ateliers. L'URPS-ML a par ailleurs poursuivi ses actions avec l'organisation de formations pour les secrétaires médicales et un partenariat avec MOTS.

Enfin concernant les jeunes médecins, une étude nationale sur les risques psychosociaux des internes et chefs de clinique et assistants⁴⁶ de début 2017, présente un état des lieux puis des propositions de différents moyens à mettre en œuvre. Une thèse sur la santé des externes tourangeaux et parisiens⁴⁷ a permis la prise de conscience de la souffrance des étudiants de deuxième cycle par les enseignants de la faculté de médecine de Tours et la création d'un Bureau Interface Professeurs-Étudiants début 2017, à l'image de celui de la faculté de Pierre et Marie Curie de Paris. Celui-ci a pour objectif de proposer des interventions pour favoriser le bon déroulement des études de médecine et le bien être des étudiants.

Conclusion

Le burn-out ou épuisement professionnel a déjà été étudié chez les médecins. Mais avant l'épuisement, il existe une ou des fatigues. L'objectif principal de l'étude était de décrire la fatigue des médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire. Les médecins libéraux de la région ont répondu à un questionnaire en ligne comportant une description de la population et ses caractéristiques d'exercice, une échelle de fatigue multidimensionnelle (MFI), des échelles de satisfaction de leur vie, travail et état de santé, et des échelles de consommations de café, thé, tabac et médicaments (stimulants, hypnotiques ou anxiolytiques). Le MFI est composé de quatre sous-dimensions : la Fatigue Générale, la Fatigue Mentale, la Réduction des Activités et la Réduction de Motivation.

555 médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire ont répondu. Le score de Fatigue Totale est de 60,99 sur 140. Il n'existe pas d'étude mesurant la fatigue chez les médecins dans la littérature. Cependant, la fatigue des médecins de notre étude est plus importante que celle de populations générales américaine¹⁶ ou danoise¹⁷, et comparable à celle de patients atteints de pathologies chroniques¹⁶. Ces chiffres sont également à rapprocher du burn-out connu des médecins libéraux.

L'objectif secondaire de l'étude était de connaître les caractéristiques de vie et de travail auxquelles la fatigue est associée. Il existe une association très forte entre le temps passé avec les patients et les Fatigues Générale et Mentale, la Réduction de Motivation et le score MFI total. Plus le temps de soin est important plus la motivation diminue et la fatigue augmente. Le temps de travail est déjà identifié comme facteur associé au burn-out. Plus les médecins libéraux font du sport, sortent, prennent des congés ou sont satisfaits de leur travail comme de leur santé, moins ils sont fatigués. Exercer seul ou sans secrétariat augmente la fatigue. Dans la littérature nous n'avons pas retrouvé de lien entre les conditions d'exercice (seul ou en groupe) et le burn-out¹³. Les professionnels de santé s'organisent depuis plusieurs années à l'échelle d'une patientèle (maisons de santé pluri-disciplinaires), et maintenant à l'échelle d'un territoire avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé²⁵⁻²⁹. Le développement de ces formes d'exercice coordonné pourrait permettre de rompre avec l'isolement de l'exercice seul, et ainsi de lutter contre la fatigue des médecins libéraux.

Ne pas être maître de stage universitaire est associé à une augmentation du score de Réduction de Motivation des médecins généralistes. Être MSU serait ainsi un facteur protecteur de diminution de la motivation. Or, dans un contexte d'augmentation du nombre

d'étudiants en médecine, le nombre de MSU va nécessairement devoir augmenter pour accueillir en stage d'activité libérale les futurs praticiens. Le développement de la maîtrise de stage permettra-t-il une diminution de la fatigue chez les médecins libéraux ?

Le Ministère de la Santé a édité en mars 2017 le volet ambulatoire de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé³⁵. Les professionnels n'ont pas attendu pour s'organiser. Des initiatives voient le jour depuis quelques années, émanant de nombreuses institutions. Dans la région Centre-Val de Loire, l'URPS ML agit pour aider les médecins libéraux à améliorer leurs conditions d'exercice (réunions sur le burn-out, formations pour les secrétaires médicales, partenariat avec MOTS)⁴⁵.

Notre étude a donc montré une fatigue des médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire. De prochaines études pourraient s'intéresser à d'autres régions françaises, et aussi dans quelques années mesurer la fatigue et le burn-out des médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire pour évaluer l'impact des actions menées par l'URPS ML.

Bibliographie

1. Vatin F, Lorient M. Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail. Revue française de sociologie. 2002 ; 43-1 : 169-172. Disponible sur : http://www.persee.fr/doc/AsPDF/rfsoc_0035-2969_2002_num_43_1_5482.pdf
2. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La presse médicale. 2004;33(22):1569–1574. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498204989944>
3. Freudenberg HJ. L'épuisement professionnel: la brûlure interne. G. Morin; 1987.
4. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
5. Observatoire régional de santé du Limousin. La souffrance des soignants en Limousin « Résultats de l'enquête- volet 1 : les médecins ». Dossier de presse. Disponible sur : http://www.ars.limousin.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARSLimousin/Actualites/2016/0102Point_pressesouffr_soignants/DP_valide_VC_Points_presse_01-02-Presentation_enquete_souffrance_des_soignants.pdf
6. Arnold LM. Understanding Fatigue in Major Depressive Disorder and Other Medical Disorders. Psychosomatics. Mai 2008;49(3):185 90. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318208709253>
7. Dittner AJ, Wessely SC, Brown RG. The assessment of fatigue: A practical guide for clinicians and researchers. Journal of Psychosomatic Research. Février 2004;56(2):157 70. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399903003714>
8. Whitehead L. The Measurement of Fatigue in Chronic Illness: A Systematic Review of Unidimensional and Multidimensional Fatigue Measures. Journal of Pain and Symptom Management. Janvier 2009;37(1):107 28. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392408005605>
9. Smets EMA, Garssen B, Bonke B, De Haes JCJM. The multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. Journal of Psychosomatic Research. Avril 1995;39(3):315 25. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022399994001250>
10. Lundh Hagelin C, Wengström Y, Runesdotter S, & Johan Fürst C. The psychometric properties of the Swedish Multidimensional Fatigue Inventory MFI-20 in four different populations. Acta Oncologica. 2007 ;46(1), 97-104.
11. Gentile S, Delarozière JC, Favre F, Sambuc R, Marco S, L J. Validation of the French 'multidimensional fatigue inventory' (MFI 20). European Journal of Cancer Care. Mars 2003;12(1):58 64. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2354.2003.00295.x/abstract>

12. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C, et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES Études et résultats. 2010;731. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
13. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Group for the EGPRNBS. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice. 2008. Disponible sur : <http://fampra.oxfordjournals.org/content/early/2008/07/11/fampra.cmn038>
14. Agence régionale de santé Centre-Val de Loire. Liste médecins libéraux. 2017. Disponible sur : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Liste_medecins_liberaux_03_17.xls
15. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La démographie des médecins (RPPS). 2016. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/>
16. Lin J-MS, Brimmer DJ, Maloney EM, Nyarko E, BeLue R, Reeves WC. Further validation of the Multidimensional Fatigue Inventory in a US adult population sample. Population Health Metrics. 2009. 7:18. Disponible sur : <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7954-7-18>
17. Watt T, Groenvold M, Bjorner JB, Noerholm V, Rasmussen N-A, Bech P. Fatigue in the Danish general population. Influence of sociodemographic factors and disease. Journal of Epidemiology & Community Health. 2000. 54(11):827-33. Disponible sur : <http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC1731588/pdf/v054p00827.pdf>
18. Truchot D. Le Burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche URML Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims Département de Psychologie. 2001.
19. Truchot D. Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de Recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. Avril 2004.
20. Truchot D. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne. 2002.
21. Lim RCH, Pinto C. Work stress, satisfaction and burnout in New Zealand radiologists: comparison of public hospital and private practice in New Zealand. J Med Imaging Radiat Oncol. 2009. 53(2):194-9.
22. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants. Santé Publique. Vol. 21(4):355-64. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.htm>
23. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier É, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes , *Études et Résultats*, n° 797. 2012.

24. URPS-ML Centre-Val de Loire. L'activité des médecins libéraux. Nos actions. 2016. Disponible sur : <http://www.urpsml-centre.org/index.php/nos-actions/252-l-activite-des-medecins-liberaux-l-urps-ml-a-enquete>
25. Institut National de Prévention et d'Education sur la Santé. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - Exercice de groupe et pratiques de prévention. 2009. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/exercice-de-groupe-et-pratiques-de-prevention.pdf>
26. DGOS. L'exercice coordonné. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGOS_RA_2012.pdf
27. DGOS. Observatoire des MSP. 5èmes journées FFMPS. 2016. Disponible sur : http://www.ffmps.fr/files/Journees%202016/Prsentation_Observatoire_MSP_FFMPS_2_11_03_16.pdf
28. DIDIER, Florian. *Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluriprofessionnelle Enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs* sous la direction de François Birault. - Poitiers, 2013. Thèse doctorat : Médecine Générale : Poitiers : 2013. Disponible sur : http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_didier.pdf
29. Article L1434-12 du code de la santé publique. Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
30. Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. Santé Publique. 2015. 27(1):59-67. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_151_0059
31. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. NOR:MENU9700546A. Journal Officiel de la République Française, 26 mars 1997:4684-86. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
32. Australian Medical Association. National Code of Practice -Hours of Work, Shiftwork and Rostering for Hospital Doctors. 1999. Disponible sur : https://ama.com.au/sites/default/files/documents/safe_working_hours.pdf
33. Australian Medical Association. Managing the Risks of Fatigue in General Practice - For GPs and GP Registrars AMA. 2008. Disponible sur : <https://ama.com.au/article/managing-risks-fatigue-general-practice-gps-and-gp-registrars>
34. Royal College of General Practitioners. Patient Safety Implications of General Practice Workload. Juillet 2015. Disponible sur : <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/fatigue-in-general-practice.aspx>

35. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Marisol Touraine présente le volet ambulatoire de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé. 2017. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/marisol-touraine-presente-le-volet-ambulatoire-de-la-strategie-nationale-d>
36. Galam E, Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et perspectives. URML IDF/ Commission prévention et santé publique. 2007. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
37. CNAVPL - Missions. Disponible sur : <http://www.cnavpl.fr/la-cnavpl/missions/>
38. CNOM. L'Entraide Ordinale. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2004. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport_Cooperations_professionnels_de_sante.pdf
39. APSS. Statuts. Disponible sur : <http://apss-sante.org/statuts.htm>
40. Réseau ASRA Aide aux soignants de Rhône-Alpes. Réseau ASRA. Disponible sur : <http://reseau-asra.fr/>
41. Épuisement professionnel, addiction, besoin d'aide ? Un numéro vert pour soutenir les médecins - URMLA Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace. Disponible sur : <http://www.urml-alsace.fr/interface-reso/information/item/843-epuisement-professionnel-addiction-besoin-d-aide-un-numero-vert-pour-soutenir-les-medecins>
42. « MOTS » En pratique : 5 points clés. Disponible sur : <http://www.association-mots.org/aide-et-accompagnement/en-pratique-5-points-cles/>
43. Présentation du projet de l'AAPML. AAPML. 2014. Disponible sur : <http://www.aapml.fr/presentation-projet>
44. Université Paris-Diderot. DIU Soigner les soignants. Disponible sur : <http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-di/liste-des-du-et-diu/item/485-soigner-les-soignants-sp%C3%A9cificit%C3%A9s-et-ressources>
45. Bardon P, Darchy-Gilliard M. Impact d'une action collective de prévention du burn-out des médecins libéraux ; Expérimentation en région Centre-Val de Loire sous forme d'ateliers dédiés sur le volontariat et la confidentialité : description, déroulement et mesure d'impact. Mémoire de fin de DIU. 2016.

46. Direction Générale de l'Offre de Soins. Prévention, repérage et prise en charge des risques psychosociaux. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2017. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-de-vie-au-travail/article/prevention-reperage-et-prise-en-charge-des-risques-psychosociaux>
47. DANSET Alban. *La santé psychique des externes en médecine des Universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot, une étude épidémiologique transversale descriptive multicentrique* sous la direction d'Eric Galam. –Tours : SCD de l'Université de Tours, 2017. Thèse doctorat : Médecine Générale : Tours : 2017. Disponible sur : <https://www.fichier-pdf.fr/2017/04/06/2017-medecine-dansetalban/>

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire envoyé

1. Première partie, caractéristiques de la population :

- Age
- Sexe
- Spécialité
- Département du lieu d'exercice 18 28 36 37 41 45
- Nombre d'années d'exercice en libéral (total des années de remplacement, collaboration, installation)
- Organisation du cabinet : cabinet de groupe/ seul
- Lieu d'exercice : rural/ semi rural/ urbain
- Secrétariat : oui/ non
- si oui : nombre d'heures par semaine de secrétariat téléphonique et nombre d'heures par semaine de secrétariat physique
- Consultations sur rendez-vous : uniquement sur rendez-vous/ uniquement sans rendez-vous/ mixte
 - Si consultations sans rendez-vous, à quel pourcentage ?
 - 0 à 25%
 - 26 à 50%
 - 51 à 75%
 - 76 à 100%
- Nombre d'heures passées avec les patients par semaine
- Nombres d'heures administratives par semaine (lecture et rédaction de courriers et de certificats, échanges téléphoniques ou mail avec d'autres professionnels de santé, gestion de l'activité libérale...)
- Nombre d'heures de visites par mois
- Nombre de jours de garde par an
- Nombre d'heures par semaine de travail salarié (en plus de l'activité libérale)
- Nombre de jours de formation par an
- Maîtrise de stage : oui/ non
- Situation familiale : célibataire/ couple
- Enfants(s) à charge : oui/ non

- Nombre de semaines de vacances par an
- Nombre de sorties restaurant/bar/café par semestre
- Nombre de sorties cinéma/théâtre/spectacle/musée par semestre
- Nombre de sorties pour voir amis/famille par semestre
- Nombre d'heures d'activité physique par semaine

2. Deuxième partie, le Multidimensional Fatigue Inventory ou MFI, en français Inventaire multidimensionnel de la fatigue :

Cet Inventaire propose une échelle d'auto-évaluation de 1 à 7, 1 signifiant « pas du tout d'accord », 7 signifiant « tout à fait d'accord ».

1. Je me sens en forme. 1 2 3 4 5 6 7
2. Physiquement, je n'ai pas la force de faire grand-chose. 1 2 3 4 5 6 7
3. Je me sens très actif. 1 2 3 4 5 6 7
4. J'ai envie de faire plein de choses agréables. 1 2 3 4 5 6 7
5. Je me sens fatigué(e). 1 2 3 4 5 6 7
6. Je crois que j'en fais beaucoup dans une journée. 1 2 3 4 5 6 7
7. Je suis capable de me concentrer sur ce que j'entreprends. 1 2 3 4 5 6 7
8. J'ai une bonne résistance physique. 1 2 3 4 5 6 7
9. Je suis stressé(e) à l'idée d'avoir quelque chose à faire. 1 2 3 4 5 6 7
10. Je crois que je fais très peu dans une journée. 1 2 3 4 5 6 7
11. J'arrive facilement à me concentrer. 1 2 3 4 5 6 7
12. Je me sens reposé(e). 1 2 3 4 5 6 7
13. Il me faut beaucoup d'efforts pour me concentrer. 1 2 3 4 5 6 7
14. Physiquement, je me sens en mauvaise condition. 1 2 3 4 5 6 7
15. J'ai beaucoup de projets. 1 2 3 4 5 6 7
16. Je me fatigue facilement. 1 2 3 4 5 6 7
17. Je n'achève que très peu de choses. 1 2 3 4 5 6 7
18. J'ai envie de ne rien faire. 1 2 3 4 5 6 7
19. Je me laisse facilement distraire. 1 2 3 4 5 6 7
20. Physiquement, je me sens en excellente forme. 1 2 3 4 5 6 7

3. Troisième partie, pour compléter :

Même principe, 1= pas du tout satisfait, 7 = tout à fait satisfait.

- Je suis satisfait(e) de ma vie au travail. 1 2 3 4 5 6 7
- Je suis satisfait(e) de ma vie en général. 1 2 3 4 5 6 7
- Je suis satisfait(e) de mon état de santé global. 1 2 3 4 5 6 7
- Je suis satisfait(e) de mon état de santé physique. 1 2 3 4 5 6 7
- Je suis satisfait(e) de mon état de santé psychique :
 - Je dors bien. 1 2 3 4 5 6 7
 - Je suis globalement détendu(e). 1 2 3 4 5 6 7
 - J'ai bon moral. 1 2 3 4 5 6 7
- Pour tenir le coup, j'ai besoin de consommer des stimulants (1 jamais, 5 très souvent) :
 - Du café. 1 2 3 4 5
 - Du thé. 1 2 3 4 5
 - Du tabac. 1 2 3 4 5
 - Des médicaments (stimulants ou hypnotiques/ anxiolytiques). 1 2 3 4 5
 - Autres, à préciser en commentaire libre.

Commentaires libres.

Annexe 2. Tableau de score

	Fatigue générale	Fatigue mentale	Réduction activités	Réduction motivation
1.	8 - réponse			
2.				
3.	8 - réponse			
4.				8 - réponse
5.				
6.			8 - réponse	
7.		8 - réponse		
8.	8 - réponse			
9.				
10.				
11.		8 - réponse		
12.	8 - réponse			
13.				
14.				
15.				8 - réponse
16.				
17.				
18.				
19.				
20.	8 - réponse			
Scores (Total /140)	/63	/42	/21	/14

Annexe 3. Autres consommations pour tenir le coup

- Les réponses « aucune autre consommation » :

0 (2 fois)/ Aucun / Non (2 fois) / Pas de tabac ni hypnotiques ou barbituriques / Rien

- Les réponses de consommation d'alcool :

Alcool (2 fois tel quel)/ Alcool (apéro vespéral)/ Alcool parfois le soir pour me détendre et c'est déplaisant / Alcool, pour me détendre, parfois, pas tous les jours / Un apéritif parfois même si c'est occasionnel si journée très stressante / Un verre d'alcool le soir / Du vin le week end / Un petit verre d'alcool (vin ou apéro) en rentrant le soir ...

- Les réponses de traitements antidépresseurs :

Antidépresseurs (6 fois cités ainsi)/ IRS / Venlafaxine

- Les réponses d'autres traitements, vitamines, et autres produits de pharmacopées :

A D O / Homéopathie (2 fois) / IPP et anti acides / Phytothérapie / SAOS traité HTA traitée antidépresseurs fréquents / Somnifères / Traitement cardiovasculaire / Berocca (2 fois cité) / BION 3/MAGNESIUM/VITAMINES / Compléments alimentaires (4 fois cités) / Cure de vitamines, repas avec bcp légumes, fruits..., manger sainement... / Guronsan / MELATONINE ET MAGNESIUM / Vitamines (5 fois) / Passiflore

- Les réponses de consommations alimentaires :

Chocolat / CHOCOLAT++/ Du chocolat (de bonne qualité !) ;) ... qui est excellent quand il est offert par les patients !!!/ Je carbure au chocolat / Jus de grenade / Jus d'orange

- Les réponses « redites » :

Café/ J'AIME LE CAFE

- Les réponses non consommables mais des activités pour tenir le coup :

Acupuncture, groupes d'analyse de la pratique / De la calinothérapie +++ / De la méditation et du yoga / Dormir / Jardiner, écouter de la musique / MA MOTO / Sport (2 fois cité)/ Sport pour vider la tête/ Pas assez le temps d'activité physique mais j'essaye / L'activité physique est devenue une nécessité pour tenir / L'activité physique m'aide à tenir le coup ainsi que les vacances

Tableau 7. Analyses univariées des caractéristiques générales

	Fatigue Générale	Fatigue Mentale	Réduction des Activités	Réduction de Motivation	Score Total
Âge	OR 1,01 [0,94;1,10] p=0,730	OR 1,00 [0,95;1,05] p=0,924	OR 1,02 [1,00;1,04] p=0,087	OR 1,03 [1,01;1,05] p=0,006	OR 1,07 [0,93;1,23] p=0,367
Sexe	OR 17,86 [3,19;96,64] p=0,001	OR 1,49 [0,51;4,31] p=0,465	OR 1,07 [0,69;1,68] p=0,757	OR 0,70 [0,45;1,10] p=0,123	OR 19,62 [0,98;392,94] p=0,052
Généralistes versus autres spécialités	OR 1,56 [0,22;10,97] p=0,654	OR 2,52 [0,76;8,41] p=0,132	OR 1,18 [0,71;1,95] p=0,533	OR 1,44 [0,86;2,41] p=0,163	OR 6,66 [0,22;200,43] p=0,274

Tableau 8. Analyses univariées des caractéristiques d'exercice

	Fatigue Générale	Fatigue Mentale	Réduction des Activités	Réduction de Motivation	Score Total
Ancienneté en années d'installation	OR 0,98 [0,91; 1,05] p=0,543	OR 0,98 [0,93; 1,02] p=0,337	OR 1,01 [0,99; 1,03] p=0,486	OR 1,02 [1,00; 1,04] p=0,02	OR 0,98 [0,86; 1,12] p=0,814
Exercice en groupe ou seul	OR 26,26 [4,41; 156,46] p=0,00	OR 2,88 [0,95; 8,78] p=0,062	OR 2,28 [1,43; 3,63] p=0,001	OR 2,38 [1,49; 3,82] p=0,00	OR 410,76 [18,26; 9238,99] p=0,00
Lieu rural/semi rural/urbain	OR 1,39 [0,14; 14,17] p=0,778	OR 2,16 [0,52; 9,06] p=0,291	OR 1,17 [0,64; 2,14] p=0,607	OR 1,02 [0,55; 1,88] p=0,943	OR 3,61 [0,06; 206,96] p=0,534
Secrétariat	OR 4,51 [0,57;35,90] p=0,155	OR 1,43 [0,39;5,17] p=0,586	OR 2,28 [1,33;3,80] p=0,003	OR 2,61 [1,51;4,48] p=0,001	OR 38,26 [1,03;1425,91] p=0,048
Consultations avec, sans RDV ou les deux	OR 0,02 [0,00; 1,30] p=0,065	OR 0,21 [0,01; 3,18] p=0,26	OR 1,21 [0,38; 3,80] p=0,744	OR 1,34 [0,42; 4,26] p=0,623	OR 0,01 [0,00; 11,77] p=0,183
Temps avec les patients heures/semaine (seuls les généralistes)	OR 1,13 [1,02; 1,25] p=0,016	OR 1,08 [1,02; 1,15] p=0,01	OR 0,99 [0,97; 1,02] p=0,597	OR 1,07 [1,04; 1,09] p=0,00	OR 1,29 [1,09; 1,54] p=0,003
Temps administratif heures/semaine	OR 1,30 [1,14;1,48] p<0,0001	OR 1,18 [1,09;1,27] p<0,0001	OR 1,01 [0,98;1,05] p=0,439	OR 1,03 [0,99;1,06] p=0,115	OR 1,60 [1,28;2,00] p<0,0001
Temps en visites heures/mois (seuls les généralistes)	OR 1,03 [0,97; 1,09] p=0,309	OR 1,00 [0,97; 1,04] p=0,922	OR 0,98 [0,97; 1,00] p=0,03	OR 1,01 [0,99; 1,02] p=0,316	OR 1,02 [0,93; 1,13] p=0,658
Gardes jours/an	OR 0,97 [0,94;1,00] p=0,026	OR 0,98 [0,96;1,00] p=0,041	OR 1,00 [0,99;1,01] p=0,678	OR 1,00 [0,99;1,00] p=0,430	OR 0,94 [0,90;0,99] p=0,029
Gardes jours/an (seuls les généralistes)	OR 0,97 [0,90;1,04] p=0,352	OR 0,99 [0,95;1,04] p=0,815	OR 1,03 [1,01;1,05] p=0,005	OR 1,00 [0,98;1,02] p=0,685	OR 0,98 [0,87;1,12] p=0,798
Salariat heures/semaine	OR 0,98 [0,84;1,13] p=0,745	OR 0,94 [0,86;1,04] p=0,226	OR 0,98 [0,94;1,02] p=0,226	OR 1,01 [0,97;1,05] p=0,661	OR 0,91 [0,70;1,18] p=0,483
Salariat heures/semaine (seuls les généralistes)	OR 1,06 [0,89;1,25] p=0,538	OR 0,94 [0,85;1,05] p=0,274	OR 0,98 [0,93;1,02] p=0,344	OR 1,01 [0,96;1,06] p=0,680	OR 0,98 [0,73;1,33] p=0,912
MSU (seuls les généralistes)	OR 3,25 [0,40;26,37] p=0,269	OR 2,51 [0,69;9,09] p=0,160	OR 1,19 [0,69;2,08] p=0,530	OR 2,05 [1,17;3,62] p=0,013	OR 20,03 [0,51;779,86] p=0,108

Tableau 9. Analyses univariées des situations personnelles et loisirs

	Fatigue Générale	Fatigue Mentale	Réduction des Activités	Réduction de Motivation	Score Total
Couple	OR 15,11 [1,10;206,65] p=0,042	OR 2,83 [0,56;14,35] p=0,208	OR 1,10 [0,56;2,18] p=0,783	OR 1,76 [0,88;3,50] p=0,110	OR 82,76 [0,86;7998,19] p=0,058
Enfant à charge	OR 0,48 [0,08;2,84] p=0,419	OR 0,39 [0,13;1,17] p=0,092	OR 0,59 [0,37;0,94] p=0,026	OR 0,74 [0,46;1,19] p=0,212	OR 0,08 [0,00;1,82] p=0,114
Semaines congés /an	OR 0,57 [0,37;0,87] p=0,009	OR 0,67 [0,52;0,87] p=0,003	OR 0,87 [0,78;0,98] p=0,018	OR 0,76 [0,68;0,84] p<0,0001	OR 0,52 [0,12;0,53] p=0
Sorties restaurant/bar/café /semestre	OR 0,83 [0,76;0,90] p<0,0001	OR 0,95 [0,90;1,00] p=0,052	OR 1,00 [0,98;1,02] p=0,826	OR 0,95 [0,93;0,97] p<0,0001	OR 0,74 [0,64;0,86] p<0,0001
Sorties cinéma/spectacle/musée /semestre	OR 0,66 [0,56;0,77] p=0,001	OR 0,88 [0,80;0,98] p=0,017	OR 1,03 [0,98;1,07] p=0,209	OR 0,93 [0,89;0,97] p=0,001	OR 0,55 [0,42;0,73] p<0,0001
Sorties amis/famille /semestre	OR 0,87 [0,79;0,94] p=0,001	OR 0,96 [0,91;1,02] p=0,185	OR 1,00 [0,98;1,02] p=0,981	OR 0,96 [0,94;0,98] p=0,001	OR 0,80 [0,69;0,93] p=0,004
Activité physique heures/semaine	OR 0,23 [0,16;0,32] p<0,0001	OR 0,55 [0,44;0,69] p<0,0001	OR 0,89 [0,81;0,98] p=0,02	OR 0,83 [0,76;0,92] p=0	OR 0,09 [0,05;0,17] p<0,0001

Tableau 10. Analyses univariées des échelles de satisfaction de Likert

	Fatigue Générale	Fatigue Mentale	Réduction des Activités	Réduction de Motivation	Score Total
Vie au travail	OR 0,02 [0,01;0,04] p<0,0001	OR 0,18 [0,08;0,15] p<0,0001	OR 0,82 [0,70;0,96] p<0,0001	OR 0,42 [0,36;0,48] p<0,0001	OR 0,0001 [0,000;0,0002] p<0,0001
Vie générale	OR 0,01 [0,01;0,02] p<0,0001	OR 0,10 [0,07;0,13] p<0,0001	OR 0,64 [0,54;0,75] p<0,0001	OR 0,32 [0,28;0,36] p<0,0001	OR 0,0002 [0,0001;0,0005] p<0,0001
Santé globale	OR 0,005 [0,004;0,008] p<0,0001	OR 0,11 [0,08;0,15] p<0,0001	OR 0,63 [0,54;0,73] p<0,0001	OR 0,38 [0,33;0,44] p<0,0001	OR 0,0001 [0,0001;0,0003] p<0,0001
Santé physique	OR 0,005 [0,003;0,007] p<0,0001	OR 0,13 [0,09;0,18] p<0,0001	OR 0,64 [0,56;0,75] p<0,0001	OR 0,44 [0,38;0,50] p<0,0001	OR 0,0002 [0,0001;0,0004] p<0,0001
Sommeil	OR 0,08 [0,05;0,13] p<0,0001	OR 0,25 [0,19;0,33] p<0,0001	OR 0,75 [0,66;0,85] p<0,0001	OR 0,53 [0,47;0,60] p<0,0001	OR 0,01 [0,00;0,02] p<0,0001
Détente	OR 0,02 [0,01;0,03] p<0,0001	OR 0,10 [0,07;0,13] p<0,0001	OR 0,70 [0,67;0,90] p<0,0001	OR 0,47 [0,41;0,54] p<0,0001	OR 0,001 [0,000;0,0001] p<0,0001
Bon moral	OR 0,01 [0,01;0,02] p<0,0001	OR 0,09 [0,07;0,12] p<0,0001	OR 0,65 [0,56;0,75] p<0,0001	OR 0,36 [0,32;0,41] p<0,0001	OR 0,0003 [0,0001;0,0007] p<0,0001

Tableau 11. Analyses univariées des consommations

	Fatigue Générale	Fatigue Mentale	Réduction des Activités	Réduction de Motivation	Score Total
Consommation de café	OR 2,64 [1,39;5,01] p=0,003	OR 2,12 [1,42;3,14] p=0,000	OR 1,10 [0,93;1,30] p=0,263	OR 1,27 [1,07;1,50] p=0,006	OR 7,80 [2,55;23,82] p=0,000
Consommation de thé	OR 2,12 [1,04;4,31] p=0,037	OR 1,63 [1,05;2,53] p=0,029	OR 1,14 [0,95;1,38] p=0,153	OR 0,94 [0,78;1,13] p=0,508	OR 3,72 [1,08;12,80] p=0,038
Consommation de tabac	OR 1,99 [0,58;6,76] p=0,271	OR 0,90 [0,42;1,92] p=0,787	OR 0,87 [0,63;1,20] p=0,408	OR 0,95 [0,69;1,31] p=0,762	OR 1,49 [0,17;12,67] p=0,715
Consommation de médicaments stimulants ou anxiolytiques	OR 26,79 [10,71;67,05] p<0,0001	OR 6,97 [3,94;12,32] p<0,0001	OR 1,36 [1,06;1,75] p=0,015	OR 1,80 [1,41;2,31] p<0,0001	OR 458,17 [93,22;2251,94] p<0,0001

Tableau 12. Régression multiple

Fatigue générale

	OR	Borne inférieure	Borne supérieure	p
Exercer seul	33,23	5,55	198,89	<0,001
Consultations sans RDV	0,01	0,00	0,48	0,02

Fatigue mentale

	OR	Borne inférieure	Borne supérieure	p
Exercer seul	2,75	0,89	8,45	0,08
Consultations sans RDV	0,10	0,01	1,56	0,10
Temps passé avec les patients	1,06	1,00	1,11	0,04

Réduction des activités

	OR	Borne inférieure	Borne supérieure	p
Exercer seul	2,39	1,49	3,81	<0,001
Temps passé avec les patients	0,98	0,96	1,01	0,15

Réduction de motivation

	OR	Borne inférieure	Borne supérieure	p
Exercer seul	2,10	1,31	3,35	<0,001
Temps passé avec les patients	1,05	1,02	1,07	<0,001

Score total de fatigue

	OR	Borne inférieure	Borne supérieure	p
Exercer seul	405,17	17,50	9381,79	<0,001
Consultations sans RDV	0,00	0,00	0,72	0,04
Temps passé avec les patients	1,14	0,99	1,32	0,07

Annexe 4. Commentaires libres

Explications influences ou biais

- La participation au groupe balint (ce que je fais) me semble être un excellent moyen de garder du plaisir à exercer et de ne pas sombrer dans le burn-out ...
- Difficultés à faire face après année 2016 difficile (15 semaines d'arrêt pour blessure)
- Troubles du sommeil liés à de jeunes enfants
- Il y a des périodes dans l'année où je me sens beaucoup plus fatiguée, j'aurai sans doute répondu très différemment.
- Mes réponses sont influencées par ma grossesse actuelle avec un enfant en bas âge, et un mari ayant bcp de déplacement à Paris cette année...
- Peut-être ai-je idéalisé les choses en répondant à ce questionnaire ?
- Mes réponses du soir sont sans doute différentes de celle du matin
- Mes réponses sont un peu biaisées je suis maman depuis peu ce qui modifie beaucoup mon rythme de vie et de travail
- Je suis en cumul emploi retraite depuis 2014, et veuf depuis 6 mois. ça fausse le test
- Questionnaire rempli au terme de 15 jours de vacances très reposantes. Les réponses auraient été bien différentes il y a 15 jours!
- ATCD de " burn-out"
- J'ai eu un cancer en 2007 avec arrêt il y a 1 an seulement; cela influe sur la forme.
- Surcharge récente de RDV du fait d'une augmentation des examens et d'une baisse des nouvelles installations (pb mal négocié de la forte féminisation de la médecine en particulier en cardio)
- Pour le moment habitant à Paris et travaillant à Tours à la clinique de l'Alliance je ne suis sur place que 2 jours plein (7h30-21h) mais j'ai d'autre remplacement en Île de France. Je ne sais pas si ça biaise le travail. Bon courage en tout cas
- J'ai une petite fille de 7 mois ce qui est merveilleux mais me prend beaucoup d'énergie en ce moment (d'où mes réponses sur l'état de fatigue)
- Mes réponses sont biaisées par un AVP avec fracture de L3 en novembre 2016 qui m'handicape encore moins de 6 mois après

Précisions de leurs réponses

- Beaucoup de gardes, car activité de régulation
- Je ne consomme pas d'alcool ni cannabis
- Je bois beaucoup de thé par plaisir et non pour l'effet stimulant
- J'ai besoin d'un rythme de travail régulier, le saspas a modifié mon rythme au début du stage maintenant il s'est rétabli environ 8 semaines
- Retraite dans 22 jours après 39 ans d'exercice
- Je trouve que j'ai un métier passionnant, qui est devenu beaucoup plus facile depuis quelques années. Je trouve que j'ai beaucoup de chance de pouvoir exercer dans ces conditions.
- Retraité actif
- Travail en MSP
- Parfois alcool pour tenter de fuir mes pensées désagréables
- Je fais de la méditation pleine conscience cela m'a beaucoup aide à supporter les contraintes de ma vie. Je suis toujours aussi stressée mais je le vis mieux . A ce jour j'attends ma retraite avec impatience.
- C'est ma pratique sportive presque quotidienne qui me permet de te rester en forme.
- Le secrétariat a pris le relais, plus du tout de tel depuis septembre 2016 avant 10 appels par cs
- 1 petit quart de bromazepam quand je suis loin de mes vacances précédentes
- Je travaille 3 jours/semaine en association avec une consoeur qui fait le complément.
- Je suis en retraite en fin d'année donc je travaille à mi-temps avec une remplaçante
- Je consomme du café, pas pour "tenir" mais parce que j'aime ça !
- J'ai horreur des sorties, j'ai l'impression de perdre mon temps et ce n'est pas de la dépression du tout. j'ai beaucoup d'activités à faire chez moi (jardinage, marche, ménage..) et je suis inscrit à un BTS par correspondance.
- Hormis des troubles du sommeil anciens qui me gâchent un peu mes journées, je vais bien et j'aime mon travail, mais bien sûr j'ai besoin de vacances pour décompresser régulièrement
- Dès le matin je suis très tendue physiquement alors que j'aime mon travail....
- Je suis MEP, et maintenant retraitée active. Je pratique la méditation pleine conscience
- Travaille uniquement 3 jours (36h au total), avec aide d'une remplaçante le reste de la semaine, ce qui me permet d'avoir du temps libre. Sinon, fatigue ingérable!!!

- Théoriquement suivie par un psychiatre libéral non en retraite que je n'arrive pas à joindre depuis septembre
- Le travail me prend tout - mais j'avoue être consentant même si tout le monde me dit de ralentir. Même les patients me font remarquer mon état de fatigue ...
- Je pars en vacances à chaque congé
- Je bois du thé mais pas à visée stimulante car j'arrête quand je suis fatiguée
- Réorganisation depuis septembre car avant 45 heures par semaine avec les patients
- Je me force à ne pas user de café, je sais que je suis encore plus fatiguée après, essaie de bien manger, prendre le temps de ne rien faire, de se sentir vivre
- Ancien maître de stage pendant 20 ans
- Je "pratique" la méditation ZEN depuis septembre, découverte très apaisante dans notre monde de fou très "connecté", et le jardinage avec un potager une association de permaculteurs auquel je participe...
- J'ai mis en place des aménagements de mes horaires en raison d'un burn-out il y a 10 ans
- Besoin de dormir, de jours de repos dans la semaine

Expressions des difficultés

- Cela devient de plus en plus dur de trouver un remplaçant et cela va être difficile de prendre des vacances
- Je suis globalement épuisé, découragé, avec des épisodes de dépression larvée récurrents, qui me font dire que je ne suis pas sûr de tenir dans la durée sans "péter un câble"
- Je refuse de mourir d'un IDM au boulot et j'aime bien faire ce que je veux comme un sale égoïste. Non à l'exercice de groupe
- L'administratif m'épuise mais le contact patient me passionne toujours autant
- Ecœuré par la dictature administrative
- La non reconnaissance du travail intellectuel avec une médecine ne tenant compte que d'acte complémentaire me semble préoccupant
- Malgré un intérêt "superficiel" le sort réel des généralistes n'intéresse personne y compris à l'urps ou au conseil de l'ordre et encore moins à l'ars et la cpam
- J'ai l'impression que notre profession est assez abandonnée, des tutelles mais aussi de ceux qui nous représentent. (Syndicats, URML, Ordre)

- Pas assez de loisirs, ni de temps pour soi, mon travail absorbe toute mon énergie et je n'arrive pas à modifier le cours des choses
- J'ai l'impression d'aller moins vite qu'avant à 63 ans, d'avoir besoin de plus d'effort pour me concentrer; surtout j'ai besoin de plus de temps pour toutes les démarches administratives (qui me stressent...)
- Cf comptabilité/ordinateur/internet
- Etant seul et ne trouvant pas de remplaçant, de collaborateur ou d'associé et ayant 5 salariés, le matériel coûteux et les charges je suis obligée de travailler tous les jours. Ce qui m'aide à tenir c'est l'amour de mon métier.
- Anxiogène = insatisfaction des patients sur les délais de rdv + incertitudes sur la dérégulation (délégation de tâche)/instabilités législative et fiscale = pas de projet d'investissement, pas d'embauche.
- Souhaiterai avoir un peu plus de temps pour moi, aussi pour mieux gérer les patients complexes
- Horaires trop lourds /trop de paperasses
- Le plus dur est à venir
- Très beau sujet! la motivation diminue avec le temps tellement on passe du temps dans nos cabinets.... besoin de rentabilité gênante pour le soin.
- J'adore mon métier, m'occuper des gens mais la charge administrative me pèse de plus en plus. J'ai l'impression d'une certaine "lassitude"
- Le montant de la CS doit être 40 euros
- Trop de paperasses!!! avoir une bonne secrétaire pour éviter le burn-out!!!
- Trouver un équilibre de vie entre soigner, se former, s'occuper de sa famille, assurer une comptabilité qui nous correspond; un vrai défi!
- Pression de la cpam ++++ peu de soutien de l'ordre et patient de + en + difficile
- L'augmentation des tâches administratives l'absence de compatibilité entre les différents systèmes informatiques me semble préoccupant

Expressions positives ?

- Tout se passe dans la tête. Tout médecin devrait faire une psychanalyse. Il faut s'aimer sans vouloir être aimé (ce qui est très épuisant !)
- Vivement la retraite
- SE RAPPELER QUE LES ARBRES NE GRIMPENT JAMAIS JUSQU'AU CIEL
- Je vais bien je vais bien je vais bien je vais bien ...j'espère que cela durera longtemps
Méthode Coué
- Forme d'exercice professionnel à améliorer
- Faire du sport
- Notre cabinet de groupe (bientôt MSP) recherche un généraliste à Orléans... mail: gerard.klifa@gmail.com
- RAS TVB
- Conscience de la chance de pouvoir organiser son travail en tant que libéral et que celui-ci garde du sens, ce qui nous comble
- Les chocolats de Noël offerts par mes patients ont eu raison de ma ligne temporairement ! Bon courage pour cette thèse
- J'ai la chance de prendre des vacances et le Jeudi PM

Questionnements autour de mon travail

- Je suis surprise que vous n'évoquiez pas nommément l'alcool dans votre questionnaire
- Travail en Maison de santé pluripro, non noté dans les choix, très précieux. Vous avez peu abordé le temps familial, et la disponibilité du conjoint, primordiale à notre épanouissement, bon courage
- Question sur activités semestrielles difficiles : mois normal peu vs congés où concentration d'activités ++, en tout cas joli et intéressant travail à partager ++
- Vous n'avez pas prévu de demander si les médecins réalisaient du bénévolat, ni de questions sur les causes de l'insatisfaction au travail : exigences patients, tarifs des consultations et actes inadaptés...
- LE QUESTIONNAIRE EST MAL ADAPTE AUX RADIOLOGUES CAR PAS DE VISITE ET LE TEMPS PASSE AVEC LE MALADE EST COURT
- Très bonne idée de thèse mais trop axée sur le physique ... la fatigue dans notre métier est beaucoup plus psychologique...
- Il faut aborder les causes de l'épuisement des soignants (Heartsink patients...)

Encouragements

- bon courage
- bon courage pour la these et installez vous sans peur
- Très bon sujet ! Pas trop fatigant ?! ;-)
- Bon courage pour cette these et a bientôt j'espere dans le monde liberal
- bon courage!
- Bon courage ! Sujet très intéressant !
- bonne continuation pour votre thèse!
- bon courage
- Excellent sujet. Bon courage
- J'espère que vous aurez de nombreuses réponses. Bon courage pour votre soutenance et soyez sûre qu'on peut parfaitement se réaliser en libéral même si l'effort et les contraintes sont importants

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le



LAURENDEAU Emeline

75 pages - 14 figures - 12 tableaux

RESUME

Introduction : Le burn-out ou épuisement professionnel a déjà été étudié chez les médecins. Mais avant l'épuisement, il existe une ou des fatigues. L'objectif de l'étude est de décrire la fatigue des médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire.

Matériel et méthode : Les médecins libéraux de la région ont répondu à un questionnaire en ligne comportant une description de la population et ses caractéristiques d'exercice, une échelle de fatigue multidimensionnelle (MFI), des échelles de satisfaction de leur vie, travail et état de santé, et des échelles de consommations de café, thé, tabac et médicaments (stimulants, hypnotiques ou anxiolytiques).

Résultats : Les médecins libéraux de la région Centre ont des scores de fatigue modérément élevés. 555 réponses ont permis de trouver des moyennes respectivement de 31,74 sur 63 pour la dimension Fatigue Générale, de 17,12 sur 42 pour la Fatigue Mentale, de 6,36 sur 21 pour la Réduction des Activités, de 5,79 sur 14 pour la Réduction de Motivation et de 60,99 sur 140 pour le score total du MFI. Les facteurs significativement associés au score total sont : l'exercice seul, les heures passées avec les patients (pour les généralistes) ou en tâches administratives, ne pas participer à la permanence des soins, avoir peu de congés ou sorties, ne pas faire de sport et ne pas être satisfait de son travail, sa vie et son état de santé.

Discussion : La fatigue étudiée grâce au MFI n'est qu'une des facettes de la santé des praticiens. Les médecins français souffrent du manque d'études sur leur état de santé, ainsi que de l'absence d'une prise en charge médicale adaptée aux médecins. Des moyens sont en réflexion et mise en place, en attente de résultats et réévaluation.

Conclusion : Les médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire sont modérément fatigués. Nos résultats pourraient être comparés à d'autres régions ainsi qu'aux praticiens hospitaliers.

Mots-clés : Fatigue, burn-out, médecins libéraux, région Centre-Val de Loire, MFI

Jury :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT, Doyen de la Faculté de Médecine de Tours

Membres du Jury : Professeur Emmanuel RUSCH

Professeur Wissam EL HAGE

Docteur Bernadette BERNERON

Directrice de Thèse : Docteur Alice PERRAIN

Date de soutenance : 29 Juin 2017