

## ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE VILLE : PRÉVALENCE ET DÉTERMINANTS

Hélène Dusmesnil, Bérengère Saliba Serre, Jean-Claude Régi, Yves Leopold, Pierre Verger

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2009/4 Vol. 21 | pages 355 à 364

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.htm>

---

!Pour citer cet article :

---

Hélène Dusmesnil *et al.*, « Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants », *Santé Publique* 2009/4 (Vol. 21), p. 355-364.

---

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants <sup>(1)</sup>

*Professional burn-out of general practitioners in urban areas:  
prevalence and determinants*

Hélène Dusmesnil <sup>(2), (3)</sup>, Bérengère Saliba Serre <sup>(2)</sup>, Jean-Claude Régi <sup>(4)</sup>,  
Yves Leopold <sup>(3)</sup>, Pierre Verger <sup>(2), (3)</sup>

**Résumé :** Une étude téléphonique a été réalisée en 2007 afin d'évaluer la prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville de Provence-Alpes-Côte d'Azur et ses déterminants. L'échantillon a été tiré au sort et stratifié (sexe, âge, taille de la commune d'exercice). L'épuisement professionnel a été évalué par la version française du *Maslach Burnout Inventory*. Cinq cent onze médecins ont participé (96,4 %). Un syndrome complet d'épuisement professionnel était présent chez 1 % (IC 95 % [0,3-2,3]) des participants. Une durée hebdomadaire de travail et une charge mentale au travail élevées, la prise en charge de patients en fin de vie, les attentes irréalistes des patients, les conflits travail-famille, voire ses compétences mises en causes par les patients, des contentieux judiciaires ou être en couple, étaient associés à l'une ou l'autre des dimensions de l'épuisement professionnel.

**Mots-clés :** Épuisement professionnel - médecins généralistes - santé mentale - conditions de travail - charge mentale au travail.

**Summary:** A telephone survey was carried out in 2007 to evaluate prevalence of burnout in private GPs in South-eastern France and its determinants. Doctors were selected at random, and this list was stratified according to gender, age and size of the place of practice. Burnout was evaluated with the French validated version of the *Maslach Burnout Inventory*. 511 GPs participated (96,4%). The prevalence of the complete burnout syndrome was 1 % (CI95% [0,3-2,3]). Dealing with long working hours on a weekly basis and high-levels of mental strain, managing palliative care, unrealistic patients' expectations, work-home conflicts, having one's abilities questioned by patients, confronting judicial situations and legal cases or living with a partner, were all associated with one or several dimensions of burnout syndrome.

**Keywords:** Burnout, professional - physicians, family - mental health - working conditions - job strains.

(1) Cette enquête a été réalisée grâce au soutien de l'Union Régionale des Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URML PACA) dans le cadre du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) ; du ministère de la Santé et des Solidarités / Direction de la Recherche, de l'Évaluation, des Études et des Statistiques (DREES)/Mission Recherche (MiRe) ; de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN).

(2) Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA), 23, rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille.

(3) UMR 912 « Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés », INSERM, IRD, Université Aix-Marseille, Marseille, France.

(4) Union régionale des médecins libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur.

## Introduction

La santé mentale des médecins fait l'objet d'un nombre croissant de recherches indiquant que, par rapport à la population générale, ils souffrent plus fréquemment de pathologies liées au stress, d'anxiété et/ou de dépression [5, 15] et ont une consommation de médicaments psychotropes [2, 13] et des taux de suicide plus élevés [34]. De plus en plus souvent, les médecins généralistes déclarent être insatisfaits vis-à-vis de leur pratique professionnelle [4, 30] et souhaiter changer de spécialité, voire de métier [9, 36, 39]. Certains auteurs avancent l'hypothèse que des difficultés d'adaptation aux nouvelles exigences et contraintes du métier de médecin généraliste [14] pourraient expliquer, au moins en partie, ces constats.

L'épuisement professionnel (*burnout*) est un syndrome psychologique se produisant en réponse à des facteurs de stress interpersonnels dans le travail et associant trois dimensions : 1) un épuisement émotionnel (EE : être vidé nerveusement, ressentir une intense fatigue psychologique) ; 2) une dépersonnalisation (attitudes impersonnelles, détachées, voire négatives envers les patients) et 3) un accomplissement personnel (AP) réduit (sentiment d'échec et de déclin des compétences) [28]. En France, les études disponibles suggèrent une prévalence de 3-4 % du syndrome complet en médecine générale de ville [6, 20, 32, 40-43]. Mais, dans nombre de ces études, les taux de réponse sont faibles (environ 20 %) ce qui soulève la question de leur représentativité. L'épuisement professionnel peut avoir des répercussions importantes sur le travail du médecin : insatisfaction et désengagement au travail, arrêts de travail plus fréquents [1], détérioration de la qualité des soins [35]. Il est également significativement associé à une prévalence accrue de problèmes de santé mentale et de consommation de substances psychoactives [6, 18, 24] ou encore de pathologies cardiovasculaires, notamment chez les hommes [19], ou de troubles du sommeil [44].

Dans ce contexte, une étude a été réalisée en juin-juillet 2007 auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes de ville en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) afin d'évaluer la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel dans cette population et les déterminants liés aux conditions de travail.

## Méthode

L'échantillon a été constitué par tirage au sort stratifié sur le sexe, l'âge et la taille de la commune d'exercice. Les médecins exerçant de façon exclusive un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture, ostéopathie...) ou une activité spécifique (échographie, radiologie...), ont été exclus. Les données ont été recueillies par téléphone à l'aide du système CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*) par des enquêteurs professionnels. L'épuisement professionnel a été évalué par la version française du *Maslach Burnout Inventory* [26], comprenant 22 items et évaluant ses trois dimensions. Le questionnaire incluait aussi une adaptation de l'échelle d'évaluation de la charge mentale au travail de Karasek [3], dont nous avons utilisé les items portant sur les « exigences mentales de la tâche » et la « latitude décisionnelle ». Il comportait aussi un outil d'évaluation des facteurs de

stress au travail spécifique de la profession médicale, tels que, par exemple, le fait d'être confronté aux attentes irréalistes des patients, d'être interrompu dans son travail par des urgences ou de s'occuper de patients en fin de vie [7]. D'autres items portaient sur le nombre d'heures de travail hebdomadaires déclarées, le désir de travailler moins/autant/plus ou de s'installer ailleurs et le niveau de satisfaction au travail. Le questionnaire comprenait aussi une échelle de détresse psychologique (MHI-5) constituée de cinq items, appartenant au questionnaire de qualité de vie SF-36 [23]. Il incluait enfin une question sur les antécédents personnels d'épisode de dépression caractérisé, une question sur ceux ayant recours à un psychiatre/psychologue et trois questions sur, respectivement, les antécédents d'idées, projets ou tentatives de suicide : des antécédents psychiatriques étaient considérés présents si une réponse positive était donnée à au moins une de ces questions.

### Analyses statistiques

Pour chaque dimension de l'échelle de Maslach, un score a été calculé et catégorisé en trois classes, correspondant chacune à des degrés bas, modéré ou élevé de symptomatologie. Les seuils retenus sont ceux fixés dans une population médicale de référence [29]. Trois modèles séparés ont été testés à l'aide de régressions logistiques polytomiques ordonnées simples puis multiples (analyses descendantes pas à pas, seuils d'entrée  $p \leq 0,20$  et de sortie  $p > 0,05$ ) pour tester les facteurs associés à chacune des dimensions de l'épuisement professionnel. Pour chaque modèle, trois ensembles de variables explicatives ont été testés : les caractéristiques individuelles des médecins, celles liées à la charge mentale au travail (questionnaire de Karasek) et certaines caractéristiques liées à l'activité elle-même : charge de travail déclarée, facteurs de stress au travail, sentiments de satisfaction et d'efficacité. Les variables, âge et sexe, ont été incluses dans les modèles. Afin de tenir compte d'éventuels biais de déclaration (influence de l'état de santé mentale sur les déclarations quant au travail), les analyses ont aussi été ajustées sur la présence d'une détresse psychologique (construction d'un score de MHI-5 et dichotomisation de ce score) et les antécédents psychiatriques (oui/non). Les analyses ont été réalisées avec SAS 9.1.

### Résultats

L'échantillon comprenait 511 médecins (taux de réponse : 96,4 %), dont une majorité d'hommes (75,7 %). Près de 2 médecins sur 3 exerçaient dans une commune de plus de 200 000 habitants ; 53 % avaient entre 43 et 52 ans et 27 % 42 ans ou moins. Un score d'EE élevé était observé chez 23 % des médecins, un score de dépersonnalisation élevé chez 19,6 % et un score d'AP réduit chez 10,6 % (tableau I). Un syndrome complet d'épuisement professionnel (scores élevés d'EE et de dépersonnalisation et score faible d'AP) était présent chez 1 % (IC95 % [0,3-2,3]) des médecins. À l'inverse, chez 25 % des médecins, aucun signe d'épuisement professionnel n'était observé : scores faibles d'EE et de dépersonnalisation et score élevé d'AP.

Les régressions logistiques multiples indiquent qu'un EE élevé était significativement positivement associé (tableau II) à une durée hebdomadaire de

**Tableau I : Pourcentages de médecins selon leurs évaluations sur les trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel**

<i>Dimensions du syndrome</i>	<i>Faible (%)</i>	<i>Moyen (%)</i>	<i>Élevé (%)</i>
Épuisement émotionnel	46,2	30,8	23,0
Dépersonnalisation	50,3	30,1	19,6
Accomplissement personnel	10,6	19,7	69,7

travail et à une charge mentale au travail élevées, au fait de considérer comme stressant d'avoir à s'occuper de patients en fin de vie ou d'être confronté aux attentes irréalistes des patients, à des difficultés pour concilier vie professionnelle et vie privée et au sentiment de voir ses compétences et connaissances mises en cause par les patients. Par contre, un EE élevé était négativement associé à la satisfaction de sa pratique et au sentiment d'efficacité dans la prise en charge des patients.

Le score de dépersonnalisation était significativement supérieur chez les hommes, chez les médecins ayant été confrontés à un contentieux judiciaire au cours des 12 derniers mois, ceux estimant comme facteurs de stress les attentes irréalistes des patients ou le fait de se faire du souci à propos des demandes et des plaintes patients et ceux pensant que leurs connaissances et autorité sont souvent remises en cause par les patients. En revanche, se sentir bien préparé à, ou se sentir efficace dans, la prise en charge des patients étaient associés négativement au score de dépersonnalisation.

Un accomplissement personnel réduit était positivement associé au fait d'être en couple et négativement à une latitude décisionnelle forte, à la satisfaction des relations avec les confrères et aux sentiments de bonne préparation et d'efficacité vis-à-vis de la prise en charge des patients.

## Discussion

Nous avons comparé les résultats de prévalence de l'épuisement professionnel avec ceux d'autres études sur les médecins généralistes. Nous n'avons retenu que les enquêtes récentes (2001-2005), sur des échantillons de 150 médecins ou plus, ayant utilisé le même outil d'évaluation de l'épuisement professionnel [12] et les mêmes seuils pour la catégorisation des trois dimensions en trois classes. Avec une prévalence du syndrome complet d'épuisement professionnel de 1 % dans notre étude, la comparaison semble indiquer une situation plus favorable en PACA que dans les autres régions françaises (3-4 %) (figure 1). Ceci pourrait être lié à des différences de densité médicale entre les régions, celle en PACA étant une des plus élevées de France. Avec 192 médecins généralistes pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2007, elle était supérieure de 20 % à la moyenne nationale. Toutefois, la prudence s'impose dans ces comparaisons : les taux de réponse des autres études considérées sont, pour la plupart, faibles et ne garantissent pas que les échantillons correspondants soient représentatifs.

Concernant les facteurs associés aux trois dimensions de l'épuisement professionnel, nos résultats concordent globalement avec ceux de la littérature et notamment avec le modèle de Leiter et Maslach [22]. Celui-ci

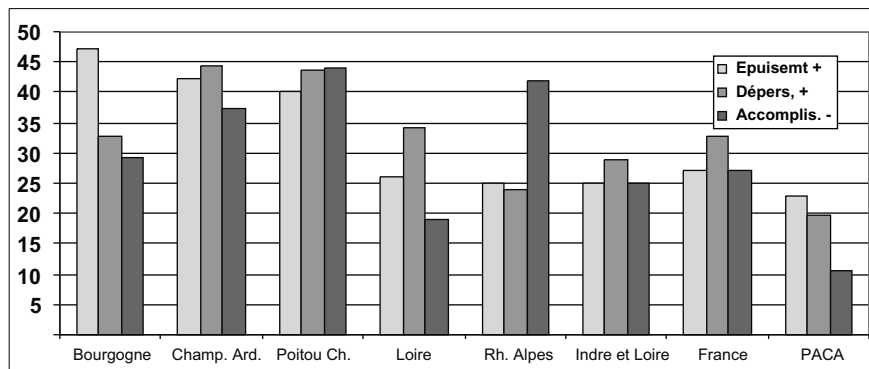


Figure 1 : Proportion de médecins présentant des scores d'épuisement émotionnel élevés, de dépersonnalisation élevés et d'accomplissement personnel réduit dans différentes enquêtes françaises.

postule que le risque d'épuisement professionnel est d'autant plus élevé qu'il existe des déséquilibres importants entre la personne et son environnement de travail. Ces déséquilibres sont particulièrement importants s'ils portent sur l'un des domaines suivants : 1) la charge de travail : un excès de charge de travail dépassant les ressources est corrélé avec l'EE, comme nous l'observons dans notre étude (tableau II) ; 2) la latitude décisionnelle : un déséquilibre dans ce domaine est corrélé avec un accomplissement personnel réduit, comme nous l'observons aussi ; 3) la reconnaissance : un manque de reconnaissance sociale est corrélé avec l'inefficacité ; dans notre étude, la remise en cause des connaissances et de l'autorité des médecins est corrélée à l'EE ; 4) la communauté : un déséquilibre dans ce domaine se traduit par une perte du sens des liens positifs avec les autres et une perte de chance de support social ; c'est ce que nous observons au travers de la variable « satisfaction des contacts avec les confrères », négativement corrélée à un AP réduit ; 5) le respect (*fairness*) : un déséquilibre dans ce domaine est corrélé avec la dimension dépersonnalisation de l'épuisement professionnel, comme nous l'observons aussi ; 6) les valeurs : un déséquilibre dans ce domaine peut être lié à des conflits, par exemple, d'ordre éthique.

Les conditions de travail des médecins généralistes sont souvent difficiles pouvant être marquées par une charge de travail importante, des tâches administratives qui s'accroissent, l'évolution rapide des connaissances, la crainte de l'erreur médicale... Face à ces conditions, ils peuvent manquer de ressources : pénurie de médecins généralistes dans certaines zones géographiques, écarts entre formation, normes de pratiques et réalité du métier, isolement dans le travail, plus ou moins marqué selon les médecins... Ce déséquilibre entre conditions de travail et ressources peut expliquer, en partie, l'apparition d'un épuisement émotionnel. Mais certains auteurs soulignent cependant que l'hyperactivité de certains médecins peut constituer un mode défensif de réponse à l'épuisement professionnel, mode d'ailleurs valorisé par la norme sociale de la profession (« culture de l'endurance ») [27].

**Tableau II : Facteurs associés aux dimensions du syndrome d'épuisement professionnel (régressions polytomiques multiples ajustées sur l'âge)**

	<i>Épuisement émotionnel élevé (N = 495)</i>		<i>Dépersonnalisation élevée (N = 505)</i>		<i>Accomplissement réduit (N = 503)</i>		
	<i>OR</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95 %</i>	
<b>Caractéristiques sociodémographiques :</b>							
Hommes (réf. femmes)	1,06	0,67-1,68	<b>2,56</b>	<b>1,64-3,99</b>	0,91	0,56-1,48	
Être en couple (réf. seul)	-	-	-	-	<b>2,29</b>	<b>1,18-4,44</b>	
<b>Charge de travail déclarée :</b>							
≥ 65 heures par semaine (réf. < 65 heures)	<b>2,11</b>	<b>1,33-3,35</b>	-	-	-	-	
<b>Charge mentale au travail :</b>							
Fortes exigences mentales (réf. faibles exigences)	<b>2,08</b>	<b>1,40-3,07</b>	-	-	-	-	
Forte latitude décisionnelle (réf. faible latitude)	-	-	-	-	<b>0,48</b>	<b>0,32-0,72</b>	
<b>Niveaux de stress déclarés pour les situations suivantes :</b>							
Être confronté aux attentes irréalistes des patients et des familles (réf. stress nul ou peu élevé)	stress moyennement élevé	1,01	0,59-1,71	1,49	0,91-2,44	-	-
	assez élevé ou élevé	<b>2,84</b>	<b>1,66-4,86</b>	<b>1,86</b>	<b>1,11-3,10</b>	-	-
	Gérer les conflits travail/famille (réf. stress nul)	stress peu élevé	1,13	0,60-2,12	-	-	-
stress moyennement élevé	stress moyennement élevé	<b>1,90</b>	<b>1,04-3,48</b>	-	-	-	-
	stress assez élevé ou élevé	<b>2,00</b>	<b>1,09-3,67</b>	-	-	-	-
	Se faire du souci à propos des plaintes et demandes des patients (ref. stress nul ou peu élevé)	stress moyennement élevé	-	-	<b>2,32</b>	<b>1,41-3,83</b>	-
stress assez élevé ou élevé	-	-	<b>1,77</b>	<b>1,05-2,96</b>	-	-	
S'occuper des patients en fin de vie (réf. stress nul ou peu élevé)	stress moyennement élevé	1,24	0,62-2,46	-	-	-	-
	stress assez élevé	<b>2,06</b>	<b>1,10-3,86</b>	-	-	-	-
	stress élevé	<b>2,61</b>	<b>1,31-5,19</b>	-	-	-	-
<b>Contentieux juridique dans les 12 mois</b>	--	--	<b>1,61</b>	<b>1,02-2,54</b>	--	--	
<b>Facteurs de satisfaction ou d'insatisfaction au travail :</b>							
Satisfait de sa pratique (assez, très versus peu, pas du tout)	<b>0,42</b>	<b>0,22-0,81</b>	-	-	-	-	
Sentiment d'efficacité dans la prise en charge des patients (très élevé versus pas du tout à assez élevé)	<b>0,49</b>	<b>0,27-0,89</b>	<b>0,40</b>	<b>0,23-0,71</b>	<b>0,45</b>	<b>0,22-0,91</b>	
Satisfait des relations avec ses confrères (Assez à très souvent versus rarement ou jamais)	-	-	-	-	<b>0,47</b>	<b>0,24-0,93</b>	
Se sent assez souvent ou très souvent bien préparé dans la prise en charge des patients (réf. : rarement ou jamais)	-	-	<b>0,37</b>	<b>0,19-0,74</b>	<b>0,33</b>	<b>0,17-0,66</b>	
Connaissances et autorité mises en cause par les patients (assez à très souvent versus rarement ou jamais)	<b>2,29</b>	<b>1,33-3,96</b>	<b>1,96</b>	<b>1,20-3,21</b>	-	-	
<b>Santé psychique :</b>							
Antécédents psychiatriques	<b>1,59</b>	<b>1,05-2,41</b>	1,14	0,77-1,67	0,72	0,46-1,12	
Détresse psychologique (score de MHI-5 < 52)	<b>6,16</b>	<b>3,66-10,38</b>	1,37	0,88-2,13	1,67	1,03-2,69	

Par ailleurs, certains résultats de notre étude méritent une discussion spécifique. Ainsi nous observons que le fait d'avoir à s'occuper plus souvent de patients en fin de vie est associé à un EE élevé. La prise en charge de patients en fin de vie peut constituer un facteur de stress car elle nécessite des connaissances spécifiques que les médecins n'ont pas forcément, met en jeu des exigences émotionnelles, peut confronter à des conflits sur les valeurs éthiques (avec des collègues, avec les familles des patients...), dernier domaine du modèle de Leiter [22]. Cependant, certains auteurs avancent que les demandes des usagers ou des clients (y compris la confrontation à la fin de vie) sont moins corrélées à l'épuisement professionnel que les facteurs de charge de travail, de contrainte de temps et de conflit de rôle [33, 45]. Ils en déduisent l'existence de mécanismes adaptatifs chez les médecins ou professionnels qui sont régulièrement confrontés à la fin de vie.

Les analyses présentées ici montrent que la remise en cause fréquente des compétences des médecins par les patients était associée à des scores élevés d'EE et de dépersonnalisation. Les patients sont des consommateurs de plus en plus actifs : l'accès facilité à l'information médicale et un sens accru de leurs droits font que le rapport de pouvoir dans la relation médecin-malade a changé. La baisse de reconnaissance sociale vis-à-vis du métier de médecin généraliste constitue une cause d'épuisement professionnel importante selon les médecins [16, 17, 22].

Nos analyses montrent que les attentes irréalistes des patients étaient associées à un EE et une dépersonnalisation élevés, comme cela a déjà été observé [10, 17]. La confrontation répétée avec des patients exigeants sur une longue période engendre une perception d'iniquité et de manque de réciprocité [38, 41]. Les attentes parfois irréalistes des patients peuvent aggraver le malaise entre médecins et patients jusqu'à aboutir à des contentieux judiciaires. Nos résultats suggèrent que ceux-ci constituent un facteur de risque supplémentaire de dépersonnalisation, toutes choses égales par ailleurs.

Dans d'autres publications, certains auteurs ont utilisé le terme de « faux contrat » [14] pour désigner une discordance entre ce que les médecins pouvaient attendre de l'exercice de leur métier lorsqu'ils s'y sont engagés et la réalité actuelle. Ceci a été conceptualisé dans le terme de contrat moral [14]. Les termes implicites du contrat étaient autrefois les suivants : réaliser des études difficiles et longues et fournir des soins de bonne qualité selon la définition du médecin pour, en retour, recevoir une rémunération raisonnable, déférence et respect, avoir une vie équilibrée entre travail et vie privée et de l'autonomie. Mais les nouveaux impératifs de l'exercice du métier de médecin entrent souvent en contradiction avec ces éléments. Ils se caractérisent notamment par une responsabilité accrue (recommandations de bonnes pratiques...), des patients mis au centre du système de soins, l'exigence de travailler de façon collective avec d'autres médecins afin d'accroître la qualité des soins, une culture croissante de la faute... Cette explication rejoint le modèle plus général « efforts - récompenses » de Siegrist [37]. Celui-ci postule en effet qu'un déséquilibre prolongé entre les efforts prononcés et continus fournis par les individus dans leur travail et les récompenses ou avantages qu'ils en tirent (estime, respect, salaire...),



autrement dit un manque de « réciprocité sociale », peut induire des réactions néfastes sur un plan émotionnel et physiologique.

Enfin, nos résultats indiquent que les conflits entre vie professionnelle et vie privée sont associés à un score d'EE élevé. Ceci conforte le modèle de l'interférence travail-maison précédemment publié [11, 31] : le travail exercerait une influence sur la vie familiale et réciproquement. Ces conflits entre vie professionnelle et vie privée semblent avoir une influence sur le degré d'épuisement professionnel, comme observé dans d'autres professions [26].

Dans notre étude, le fait de vivre en couple était aussi associé à un score faible d'accomplissement personnel. Ce dernier résultat est apparemment contradictoire avec l'hypothèse d'un effet modérateur du soutien social dans l'apparition de l'épuisement professionnel. Il est aussi possible que ce résultat s'explique par une baisse d'opportunité d'un soutien par les conjoints du fait de longues journées et semaines de travail. En effet 70 % des médecins sont insatisfaits du temps consacré à leur conjoint, 72 % du temps consacré à leurs enfants (Journal du médecin, 2001).

Les recherches récentes sur l'épuisement professionnel remettent en question la prise en compte de l'AP dans la définition de ce syndrome. Une méta-analyse sur la mesure de l'épuisement professionnel [25] montre la convergence des résultats des différentes études concernant la corrélation positive entre les dimensions EE et dépersonnalisation, cette dernière pouvant d'ailleurs constituer une réaction défensive vis-à-vis de la source de l'EE. Par contre, les résultats concernant les corrélations entre ces deux dimensions et l'AP sont inconstants. La pertinence de la dimension AP est ainsi discutée par certains auteurs considérant qu'il s'agit d'une dimension indépendante des deux autres ; d'autres auteurs avancent que l'AP serait plus un trait de personnalité qu'une dimension de ce syndrome [8]. EE et dépersonnalisation constitueraient ainsi le « noyau dur » du syndrome d'épuisement professionnel [21].

## Conclusion

Cette étude a mis en évidence plusieurs résultats intéressants. Tout d'abord, elle montre une prévalence faible du syndrome complet d'épuisement professionnel en région Paca, contrairement aux études réalisées dans d'autres régions françaises. Compte tenu des faibles taux de réponse de la plupart d'entre elles, il est pour le moment difficile de conclure sur cette différence : des évaluations sur des échantillons représentatifs sont indispensables. Un panel de 1900 médecins généralistes de ville, mis en place en 2007 dans 5 régions françaises ayant des densités médicales contrastées, devrait offrir cette opportunité. Nos résultats sur les facteurs associés au BO rejoignent ceux de la littérature internationale : ils appellent une redéfinition explicite du « contrat moral » entre les médecins, les patients et la société [14].

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ahola K, Kivimäki M, Honkonen T, Virtanen M, Koskinen S, Vahtera J, et al. Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *J Psychosom Res*, 2008;64:185-93.
2. Aulagnier M, Bouvenot G, Gourheux JC, Grange C, Paraponaris A, Protopopescu D, et al. Hypnotic and tranquillizer use among general practitioners in south-eastern France and its relation to occupational characteristics and prescribing habits. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, 2004;18:379-385.
3. Brisson C, Blanchette C, Guimont C, Dion G, Moisan J, Vézina M, et al. Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek job content questionnaire. *Work and Stress*, 1998;12:322-336.
4. Calnan M, Katsouyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract*, 1994;11:468-78.
5. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *Bmj*, 1994;309:1261-3.
6. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*, 2004;33:1569-1574.
7. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *Bmj*, 1989;298:366-70.
8. Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*. 2001; 18: 621-656.
9. Davidson JM, Lambert TW, Parkhouse J, Evans J, Goldacre MJ. Retirement intentions of doctors who qualified in the United Kingdom in 1974: postal questionnaire survey. *J Public Health Med*, 2001;23:323-8.
10. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*, 2001;86:499-512.
11. Demerouti E, Bakker AB, Bulters AJ. The loss-spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: reciprocal relations in a three-wave study. *Journal of vocational Behavior*, 2004;64:131-149.
12. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 1994;26:210-227.
13. Domenighetti G, Tomamichel M, Gutzwiller F, Berthoud S, Casabianca A. Psychoactive drug use among medical doctors is higher than in the general population. *Soc Sci Med*, 1991;33:269-74.
14. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *Bmj*, 2002;324:835-8.
15. Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress. *Bmj*, 2003;326:670-1.
16. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives: URML Ile de France, 2007.
17. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*, 2005;135:101-8.
18. Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med*, 2001;135:145-8.
19. Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, et al. The association between burnout and physical illness in the general population--results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res*, 2006;61:59-66.
20. Jarry C. Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire. Université François Rabelais, 2005.
21. Leiter MP. Burnout as a developmental process: considerations of models. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds.). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Washington: Taylor and Francis; 1993: 237-50.
22. Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *J Health Hum Serv Adm*, 1999;21:472-89.
23. Leplege A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol*, 1998;51:1013-23.
24. Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, de Haes HC. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*, 2001;111:170-5.
25. Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale*. 2007; 33: 947-953.
26. Lourel M, Mabire C. Le déséquilibre efforts-récompenses et les débordements entre vie au travail, vie privée chez les éleveurs laitiers : leurs effets sur l'épuisement professionnel. *Santé Publique*, 2008;20: 89-98.
27. Maranda MF, Saint-Arnaud L, Gilbert MA, Vézina M. La détresse des médecins : un appel au changement. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2006.
28. Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. New York: Prentice Hall, 1982.

29. Maslach C, Jackson S, Leiter M. The Maslach Burn Out Inventory, 3rd edition. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
  30. Murray A, Montgomery JE, Chang H, Rogers WH, Inui T, Safran DG. Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. *J Gen Intern Med*, 2001;16:452-9.
  31. Peeters MC, Montgomery JE, Bakker AB, Schaufeli WB. Balancing work and home: how job and home demands are related to burnout. *International Journal of Stress Management*, 2005;12:43-61.
  32. Philippon C. Syndrome d'épuisement professionnel (Burn-out): étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes rhône-alpins. Université Claude Bernard Lyon I, 2004.
  33. Schaufeli W, Buunk P. Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*: John Wiley & Sons, Ltd., 2003.
  34. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*, 2004;161:2295-302.
  35. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*, 2002;136:358-67.
  36. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ*, 2003;326.
  37. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J occup health psychol*, 1996; 1(1): 27-41.
  38. Taris TW, Peeters MC, Le Blanc PM, Schreurs PJ, Schaufeli WB. From inequity to burnout: the role of job stress. *J Occup Health Psychol*, 2001;6:303-23.
  39. Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Can Fam Physician*, 2001;47:737-44.
  40. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'UPMBL : Université de Reims, département de Psychologie, 2001.
  41. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Champagne-Ardennes. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardennes : Université de Reims, département de Psychologie, 2003.
  42. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou Charentes. Rapport de recherche pour l'URML de Poitou Charentes. Besançon: Université de Franche-Comté, 2004.
  43. Vaquin Villeminey C. Prévalence du burnout en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Université René Descartes Paris V, 2007.
  44. Vela-Bueno A, Moreno-Jimenez B, Rodriguez-Munoz A, Olavarrieta-Bernardino S, Fernandez-Mendoza J, De la Cruz-Troca JJ, et al. Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *J Psychosom Res*, 2008;64:435-42.
  45. Zapf D. Emotion work and psychological well-being: a review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review*, 2002;12:237-268.
-