

Sentinelles

BURNOUT

*le Maslach Burnout Inventory qui quantifie le Burnout ou syndrome d'épuisement professionnel
montre que les médecins généralistes français en souffrent*

CODE DE L'ETUDE (BURNOUT 2006.2)

Responsable de l'étude

Clémentine Vaquin

E-mail: clementinevaquin@noos.fr

Responsable de l'équipe Sentinelles

Pr Antoine FLAHAULT

Inserm UMR-S 707

Ce protocole contient des informations confidentielles du réseau Sentinelles (Inserm UMR-S 707) et ne doit être utilisé que pour la conduite de l'étude épidémiologique. Le protocole ne doit pas être transmis à des personnes non concernées par cette étude épidémiologique, ni utilisé dans un autre but, sans l'accord écrit préalable du réseau Sentinelles (Inserm UMR-S 707)

CONFIDENTIEL

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie

27 rue Chaligny 75571 Paris cedex 12

E-mail: antoine.flahault@upmc.fr

1. Introduction et justification de l'étude

Le terme *burnout* est d'origine anglo-saxonne. Il est inspiré de l'industrie aéronautique et désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque d'éclatement de la machine ; le burnout toucherait ainsi des « individus-fusées » hyperactifs et hyper exigeants, en permanence contraints par une obligation de résultats et qui épuisent leur énergie jusqu'à se faire exploser tels des machines (1).

Le concept de burnout est né dans les années 70 aux Etats-Unis suite aux travaux du Docteur Herbert Freudenberger, psychiatre et psychanalyste qui travaillait dans un centre pour toxicomanes et qui rapporta le mal-être des bénévoles de son centre (1).

En France, on emploie plutôt le terme *Syndrome d'épuisement professionnel*.

Le burnout se définit par trois dimensions (1), évoluant successivement sur plusieurs années (2):

- **l'épuisement émotionnel** ou fatigue psychologique, avec une sensation d'abattement qui rend irritable et dont les conséquences physiques sont des troubles somatiques non spécifiques (insomnie, hypertension artérielle, perte d'appétit, migraines, troubles digestifs, douleur angineuse, douleurs diffuses, baisse de la libido, ...); l'épuisement émotionnel est peu ou pas amélioré par le repos
- **la dépersonnalisation** ou perte d'intérêt vis-à-vis des patients, considérés comme des objets impersonnels (« la crise d'asthme de la chambre 4 »...) et non plus comme des individus ; cette sécheresse relationnelle est le « noyau dur » du syndrome
- **la diminution de l'accomplissement personnel**, vécue comme un sentiment d'échec personnel.

Toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide avec autrui et soumise à un stress professionnel chronique est susceptible un jour d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel (1). Sont ainsi concernés: le personnel soignant dans son ensemble et en particulier les infirmières (3, 4), les enseignants (5), le personnel de police (6) et pénitentiaire (6, 7), mais aussi les « aidants naturels » (8) qui sont des membres de la famille, des personnes proches, des amis ou des voisins qui fournissent un soutien ou des soins à la personne malade ou dépendante.

Le burnout se distingue de la dépression : les symptômes sont différents (cf DSM IV) et l'extension de la maladie se limite à la sphère professionnelle (2). En revanche, le burnout peut faire le lit d'une véritable dépression (9) et peut même conduire au suicide (10-12).

Plusieurs instruments de mesure ont été utilisés pour évaluer l'épuisement professionnel : le Cherniss Burnout Measure de Burke et Deszca (1986), le Emener - Luck Burnout Scale de Emener, Luck et Gohs (1982), le Energy Depletion Index de Garden (1985), le Job Burnout Inventory de Ford, Murphy et Edwards (1983), le Staff Burnout Scale de Jones (1980), le Matthews Burnout Scale for Employees de Matthews (1986), le Meier Burnout Assessment de Meier (1984), le Teacher Burnout Scale de Seidman et Zager, 1986 - 1987) et le Maslach Burnout Inventory ou MBI (Maslach et Jackson, 1977, 1981,

1986). Le Maslach Burnout Inventory est l'outil méthodologique utilisé par les scientifiques car ses qualités psychométriques de validité et de fidélité sont constantes d'une étude à l'autre (13, 14).

Le « fardeau » des aidants naturels peut être évalué par le Burnout Scale de Pines et Aronson (1981), l'indice de COPE de Carver et Scheier (1997) ou le Burden Inventory de Zarit (8).

Quels que soient les pays étudiés, les résultats du *Maslach Burnout Inventory* des soignants donnent des scores de burnout préoccupants. Cependant Schaufelli et van D ont montré qu'il existe des variabilités culturelles des scores de MBI (15) ce qui impose la prudence dans la comparaison des scores entre différents pays. En Suisse, le score d'« épuisement émotionnel élevé » des généralistes est de 19% (16) contre 30,2% à Madrid (9). En France, ce score est variable suivant les régions : 22,7 % à Rennes(17), 47,2 % en Bourgogne(18)... A ce jour seule une dizaine de régions ont été étudiées en France, et aucune étude n'a été réalisée à l'échelon national. C'est l'objet de cette thèse.

En France métropolitaine, 62.875 médecins généralistes ont eu une activité libérale régulière au cours de l'année 2005. La densité médicale est de 156 généralistes pour 100 000 habitants, ce qui représente un accroissement de plus de 30% en dix ans (19). Pourtant, le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'inquiète de la pénurie de médecins généralistes à venir (19). En 2005, 1000 postes sur 2400 n'ont pas été pourvus dans la filière médecine générale à l'issue du concours national classant d'internat. De plus, l'élargissement du *numerus clausus* du concours de première année de médecine permettra de compter 2500 futurs généralistes par an en 2011, alors que plus de 3500 généralistes partiront à la retraite à ce moment là (19). Ainsi, il y aura une diminution de l'offre des médecins tandis que la demande de soins va croître car la population vieillit (20). Par ailleurs, se pose le problème de la féminisation de la profession: 39,4% des médecins en activité en 2005 sont des femmes (contre 10% en 1962 et 36% en 2003) (21) dont la majorité a moins de 40 ans (22), sachant qu'elles doivent souvent choisir une activité à temps partiel afin de concilier vie professionnelle et vie familiale (20). L'inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire français est encore plus problématique que la question de leurs effectifs. La densité médicale par département s'échelonne de moins de 143 généralistes pour 100 000 habitants (principalement situés au nord d'une ligne virtuelle reliant Metz à Bordeaux), à plus de 194 généralistes pour 100 000 habitants à Paris (22). Les départements les moins dotés sont également ceux dont la moyenne d'âge des généralistes est la plus élevée (22), ce qui pose le problème de l'accès aux soins dans les années à venir. La future pénurie de médecins aura comme conséquences pour les futurs généralistes en activité: des offres d'emploi supérieures aux demandes et une liberté d'installation sur le territoire, mais aussi probablement plus d'activité soit plus d'actes médicaux par généraliste et par an, plus de contraintes administratives, plus de problèmes organisationnels, plus de difficulté à trouver un remplaçant, moins de temps libre pour la formation médicale continue alors qu'elle est obligatoire depuis juillet 2005, moins de temps libre aussi pour la vie de famille et les loisirs (23), donc autant de facteurs de stress professionnels chroniques potentiels pouvant conduire le médecin au burnout (24).

Un médecin en souffrance, et à fortiori en burnout, risque de dégrader la qualité de prise en charge de ses patients (25), de moins contrôler ses prescriptions, voire d'interrompre son activité. Les conséquences de ce phénomène en termes de coûts ont été directement observées par la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) en 2002 : 1435 médecins libéraux ont été arrêtés plus de trois mois en 2002 soit 30% de plus qu'il y a trois ans (26), les affections psychiatriques représentant la première cause d'invalidité(26). Il devient donc urgent de connaître le niveau réel du burnout en France afin d'y apporter une réponse adéquate en terme de prévention et de traitement.

2. Objectifs de l'étude

- faire un état des lieux du burnout aux niveaux national et international
- réaliser la première enquête nationale pour mesurer la prévalence du burnout chez les médecins généralistes français

3. Méthodologie de l'étude

3.1 Etat des lieux

- Revue de la littérature sur le burnout des médecins généralistes étrangers et français en termes de : prévalence, incidence, facteurs de risques, conséquences, diagnostic différentiel, traitement et prise en charge.

- Utilisation de :

- *PubMed*
- *Banque de Données de Santé Publique (B.D.S.P)*
- *Catalogue et Index des sites Médicaux Francophones*
- *Services d'Information Scientifique et Technique*
- banque de recherche Internet *Google*
- base de données *CISILO* (Centre international d'informations de sécurité et de santé au travail (CIS)/International Occupational Safety and Health Information Centre)
- revues médicales françaises *Le Concours Médical* et la *Revue du Praticien Médecine Générale*.

3.2 Enquête nationale de prévalence

Enquête épidémiologique **descriptive** au sein de la population des médecins généralistes du réseau Sentinelles (cf. www.sentiweb.org) et utilisation du Maslach Burnout Inventory (MBI) pour quantifier le burnout (cf. Annexe 2).

Le réseau est constitué de 1300 médecins généralistes libéraux, répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain. Ils représentent environ 2% des généralistes libéraux français. Ces médecins sont volontaires et bénévoles pour participer à des enquêtes ponctuelles.

3.2.1 Déroulement de l'enquête

Un courrier électronique sera adressé à l'ensemble des médecins du réseau Sentinelles. Ce courrier comprendra un lien vers le questionnaire MBI (page web sécurisée). Il sera envoyé le début juillet 2006. Trois relances par téléphone ou par courrier électronique seront effectuées auprès des médecins n'ayant pas renvoyé le questionnaire. L'étude se terminera le 30/09/2006.

Le protocole de l'étude est consultable sur le site www.sentiweb.org.

3.2.2 Recueil des données

Les questionnaires seront remplis sur Internet par les médecins généralistes participants. Ils seront identifiés par un numéro d'ordre unique.

3.2.3 Analyse des résultats

Les résultats seront détaillés selon les trois phases du burnout : score d'épuisement émotionnel, score de dépersonnalisation et score de diminution de l'accomplissement personnel.

Une analyse descriptive des données concernant l'activité médicale des médecins généralistes sera effectuée.

La représentativité de la population sera étudiée à partir des caractéristiques des médecins (cf Annexe 1): sexe, âge, situation familiale, nombre d'années d'exercice, zone d'installation (rurale, rurale et urbaine, urbaine), type de secteur conventionnel, présence d'un secrétariat, participation au tour de garde, nombre de semaines de vacances par an, participation à une activité autre que clinique.

Ces caractéristiques seront retrouvées dans la base de données du réseau Sentinelles ou issues du questionnaire.

Les données des questionnaires seront analysées grâce à un logiciel statistique.

4. Calendrier de l'étude

- Etape 1 : début juillet

Envoi du questionnaire à l'ensemble des médecins généralistes du Réseau Sentinelles accompagné d'une lettre explicative

- Etape 2 : Relances des médecins pour le renvoi des questionnaires

1ère relance fin juillet 2006, 2^{ème} relance fin août 2006, 3^{ème} relance fin septembre 2006

- Etape 3 : octobre 2006

Analyse des résultats et rédaction du rapport

- Etape 4 : décembre 2006

Présentation du rapport final de l'étude

5. Considérations éthiques et légales

5.1 Cadre réglementaire de l'étude

L'étude sera conduite conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 1^{er} juillet 1994 et complétée par un décret d'application le 9 mai 1995.

5.2 Obligations légales

Cette étude entre dans le cadre des études réalisées par le réseau sentinelles qui a obtenu l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (avis n°471393, septembre 1996).

5.3 Protection des données personnelles

Aucune donnée nominative, directement ou indirectement nominative, ne sera transmise à quiconque. Seules des données anonymes et résumées seront communiquées dans le cadre de l'analyse statistique.

6. Utilisation des résultats de l'étude

Toutes les informations relatives au fonctionnement du réseau Sentinelles, et les données scientifiques fournies par l'Inserm et non encore publiées, sont confidentielles et demeurent la propriété de l'Inserm. L'investigateur s'engage à n'utiliser ces informations que pour la conduite de l'étude sauf accord préalable écrit du responsable du réseau Sentinelles.

Les questionnaires remplis dans le cadre de l'étude sont la propriété à part entière de l'Inserm.

Les résultats de l'étude pourront faire l'objet de publications dans des journaux scientifiques ou de présentations lors de réunions scientifiques. Pour toute publication rédigée par le réseau Sentinelles, le réseau Sentinelles se réserve le droit de sélectionner les personnes qui seront désignées comme auteurs et en tant que tels participeront à la rédaction du document. Le rapport final sera mis en ligne, après que le travail ait été publié dans des revues médicales et/ou scientifiques, sur le site du réseau à l'adresse suivante www.sentiweb.org et son accès sera libre de tous droits.

7. Bibliographie

1. Freudenberger H. L'épuisement professionnel: La Brûlure interne, Québec. Gaétan Morin Éditeur. 1987.
2. Delbrouck M. Le Burn out du soignant, Le syndrome d'épuisement professionnel. Edition De Boeck University. 2004.
3. Belfer R. Une infirmière sur quatre épuisée. Analyse d'une étude préoccupante: la preuve par le stress. L'INFIRMIERE MAGAZINE Juin 1993;73.
4. Stordeur S, Vandenberghe C, D'Hoore W. [Predictors of nurses' professional burnout: a study in a university hospital]. Rech Soins Infirm. 1999 Dec(59):57-67.
5. Chambers R, Belcher J. Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. Br J Gen Pract. 1993 Sep;43(374):378-82.
6. Bourgoin N. Le suicide dans la police nationale. Pénombre, supplément de la lettre d'information "La lettre grise". 1997;1(Université de Franche-Comté, L.A.S.A).
7. Malvina R. Usure professionnelle et stratégies d'adaptation des surveillants, Centre Pénitentiaire de Marseille. Mémoire, DESS Psychologie Sociale de la Santé. 2002- 2003.
8. Djellal F, Gallouj F. La dynamique de l'innovation dans les services de soins aux personnes âgées. Rapport de recherche réalisé pour la Commission Européenne, XIVe Conférence RESER, Castres. 2004 23, 24 Septembre.
9. Molina Siguero A, Garcia Perez MA, Alonso Gonzalez M, Cecilia Cermeno P. [Prevalence of worker burnout and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid]. Aten Primaria. 2003 May 31;31(9):564-71.
10. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. Bmj. 1994 Nov 12;309(6964):1261-3.
11. Dobson R. Stress on women doctors may cause higher suicide risk BMJ 2001;322:945.
12. 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 Apr;47:737-44.
13. Balogun JA, Helgemoe S, Pellegrini E, Hoerberlein T. Test-retest reliability of a psychometric instrument designed to measure physical therapy students' burnout. Percept Mot Skills. 1995 Oct;81(2):667-72.
14. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. J Clin Psychol. 1986 May;42(3):488-92.
15. Schaufeli WB, Van Dierendonck D. A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. Psychol Rep. 1995 Jun;76(3 Pt 2):1083-90.
16. 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 Feb 19;135(7-8):101-8.
17. Robert E. L'épuisement professionnel: enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan (22). Thèse de médecine générale, Université Rennes 1. 2002.

18. Truchot D. Le burn'out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne. 2001:48.
19. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale française: Situation au 1er janvier 2005- Etats des lieux. 2005;CNOM, étude n°38, août 2005.
20. INSEE. Bilan démographique. 2005.
21. Bulletin de l'Orde des médecins. Avril 2006;4.
22. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale française: situation au 1er janvier 2000. 2000:75.
23. Gleizes M RA, Vidal M, Delfieu D. Evaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris. Thèse de médecine générale. 2002.
24. Cebria-Andreu J. [Commentary: the professional burnout syndrome as a public health problem]. Gac Sanit. 2005 Nov-Dec;19(6):470.
25. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. Cmaj. 2003 Feb 4;168(3):271-5.
26. CARMF. Prévoyance, statistiques. 2006.
27. Grau A, Suner R, Garcia MM. [Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors]. Gac Sanit. 2005 Nov-Dec;19(6):463-70.
28. Falkum E. [What is burnout?]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2000 Apr 10;120(10):1122-8.
29. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Champagne Ardennes. 2002.
30. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians. Scand J Work Environ Health. 1992;18 Suppl 2:110-2.
31. Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. West J Med. 2001 Jan;174(1):13-8.
32. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. 2004:99.
33. Mingote Adan JC, Moreno Jimenez B, Galvez Herrer M. [Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options]. Med Clin (Barc). 2004 Sep 4;123(7):265-70.
34. Esteva M, Larraz C, Soler J, Yaman H. [Burn-out in Spanish general practitioners]. Aten Primaria. 2005 Feb 15;35(2):108-9.
35. Prieto Albino L, Robles Aguero E, Salazar Martinez LM, Daniel Vega E. [Burnout in primary care doctors of the province of caceres]. Aten Primaria. 2002 Mar 31;29(5):294-302.
36. Cebria J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, Garcia M, et al. [Personality traits and burnout in family doctors]. Aten Primaria. 2001 Apr 30;27(7):459-68.
37. de Pablo Gonzalez R, Suberviola Gonzalez JF. [The prevalence of the burnout syndrome or professional exhaustion in primary care physicians]. Aten Primaria. 1998 Nov 30;22(9):580-4.
38. Begon-Bellet. Le syndrome d'épuisement professionnel ou Burnout des médecins généralistes libéraux de la Loire. Thèse de médecine générale. 2003.
39. Jarry C. Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire. Thèse de médecine générale. 2003;12:52.
40. Chan Lin-Chanteau S. Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de médecine générale, Université Paris 5. 2006.
41. URMLcentre. Etude sur les préoccupations et aspirations des médecins généralistes libéraux en région Centre. 2004.
42. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Thèse de médecine générale, Université de Poitiers. 2004.
43. Chambaud L, Lequet D, Duriez M. Le système de santé britannique, Cinq ans de réforme. Actualité et dossier en santé publique N°9. 1994.
44. Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? Fam Pract. 2000 Oct;17(5):364-71.

45. Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract.* 1998 Mar;48(428):1059-63.
46. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust.* 2004 Oct 4;181(7):357-60.
47. Kushnir T, Levhar C, Cohen AH. Are burnout levels increasing? The experience of Israeli primary care physicians. *Isr Med Assoc J.* 2004 Aug;6(8):451-5.
48. Dufresne J. Nos médecins sont malades. *Encyclopédie de l'Agora.* 2005.
49. Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. [Job satisfaction and burnout in general practitioners]. *Aten Primaria.* 2003 Mar 15;31(4):227-33.
50. Spickard A, Jr., Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *Jama.* 2002 Sep 25;288(12):1447-50.
51. Cebria J, Sobreques J, Rodriguez C, Segura J. [Influence of burnout on pharmaceutical expenditure among primary care physicians]. *Gac Sanit.* 2003 Nov-Dec;17(6):483-9.
52. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1998 Oct;48(435):1647-51.
53. Marechaux F. Impact de la féminisation de la profession médicale, Approche quantitative et qualitative en Rhône-Alpes. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2004 10 mai; Tome 18 n°652/653:651.
54. Murray E, Modell M. Community-based teaching: the challenges. *Br J Gen Pract.* 1999 May;49(442):395-8.
55. Maslach C JS, Leiter M. Maslach burn out inventory. . 1996(Pablo Alto: Consulting psychologists press).
56. Levasseur G. La santé des médecins bretons. Rapport à l'URML Bretagne. Juillet 2003.
57. Moreno Jimenez B, Gonzalez Gutierrez JL, Garrosa Hernandez E, Penacoba Puente C. [Professional burnout in hospitals. Influence of sociodemographic variables]. *Rev Enferm.* 2002 Nov;25(11):18-26.
58. Combot A. La santé des médecins généralistes du Finistère. Thèse de médecine générale. 2004;39:96.
59. Gilliland AE, Sinclair H, Cupples ME, McSweeney M, Mac Auley D, O'Dowd TC. Stress and morale in general practice: a comparison of two health care systems. *Br J Gen Pract.* 1998 Oct;48(435):1663-7.
60. Delbrouck M. Le Burn out du soignant, Le syndrome d'épuisement professionnel. 2004.
61. Burke RJ, Greenglass ER. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Soc Sci Med.* 1995 May;40(10):1357-63.
62. Bernard-Catinat M. Le stress des médecins, l'automédication, l'addiction, le Burn out. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des Médecins 2004 19 juin
63. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *Bmj.* 2001 Sep 29;323(7315):728-31.
64. Canoui PM, A. Le Burn out, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, De l'analyse aux réponses. 3ème Edition Masson, Paris. 2004.
65. Cathebras PB, A; Laporte,S; BoisC; Truchot,D; . . . Burn out among French general practitioners. *Presse Med.* 2004 Dec 18;33(22):1569-74.
66. Consoli SM, Taine P, Szabason F, Lacour C, Metra P. Elaboration et validation d'un questionnaire de stress perçu proposé comme indicateur de suivi en médecine du travail *L'Encéphale XXIII III* 1997.
67. Tchoubroutsky G WO. Le métier de médecin. Que-sais-je n° 2812.
68. Montane F. L'entraide ordinaire en Europe. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des Médecins. 2004 19 juin

69. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med.* 2000 Jun;15(6):372-80.
70. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *Bmj.* 1989 Feb 11;298(6670):366-70.
71. Garcia Lozano M, Esnard C. Organisation du travail et stress professionnel: Etude en service de réanimation cardiaque. Université de Poitiers.
72. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *Jama.* 2002 Feb 27;287(8):955-7.
73. Rapport du Conseil médical du Sou Médical- Groupe MASCF sur l'exercice 2004
74. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol.* 1991 Oct;9(10):1916-20.
75. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med.* 1996 Dec;3(12):1156-64.
76. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med.* 1994 Jul-Aug;12(4):559-65.
77. Orłowski JP, Gullede AD. Critical care stress and burnout. *Crit Care Clin.* 1986 Jan;2(1):173-81.
78. Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med.* 2004 Sep;61(9):764-8.
79. Faessier M-C, Moulin F. Santé et bien être des enseignantss en Suisse romande: analyse de la situation et propositions de mesures de promotion de la santé. Travail de diplôme des études postgrades Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale en Human Systems Engineering. 2002-2004.
80. Brasseur M. Stress, burnout et conflits de rôles: l'apport des types psychologiques de Jung.
81. Bovier P, Bouvier Gallachi M, Goehring C, Kunzi B. Santé des médecins de premier recours en Suisse: Résultats de la première enquête nationale. *Santé Conjugée*, n°32. avril 2005.
82. Chabrol A. La médecine générale est dramatiquement sinistrée. *Bulletin de l'Orde des médecins.* 2006 8 octobre.
83. Estry-behar M. Risques professionnels et santé des médecins. Edition Masson. 2002.
84. Badayan G, Paraye C. Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats, Bulletin N° 109. 2001 avril.
85. Panorama du Médecin J, N°4 983-4 984.
86. Cebria-Andreu J. [Commentary: chronic distress and worker burnout: hypotheses about causes and classification]. *Aten Primaria.* 2003 May 31;31(9):572-4.
87. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Cmaj.* 2000 Jul 25;163(2):166-9.
88. Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med.* 2001 Jul 17;135(2):145-8.
89. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med.* 1997 Apr;44(7):1017-22.
90. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002 Mar 5;136(5):358-67.
91. Encyclopédie de sécurité et de santé au travail du BIT (Bureau International du travail). chapitre 5, la Santé mentale.
92. Hoshuyama T. [Overwork and its health effects--current status and future approach regarding Karoshi]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi.* 2003 Sep;45(5):187-93.

93. Uchiyama S, Kurasawa T, Sekizawa T, Nakatsuka H. Job strain and risk of cardiovascular events in treated hypertensive Japanese workers: hypertension follow-up group study. *J Occup Health*. 2005 Mar;47(2):102-11.
94. Anders RL, Kanai-Pak M. Karoshi: death from overwork--a nursing problem in Japan? *Nurs Health Care*. 1992 Apr;13(4):186-91.
95. Panorama du Médecin. 04 Juillet 2005;N°4 983-4 984.
96. Martin F, Poyen D, Boudierlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P, et al. Depression and Burnout in Hospital Health Care Professionals. *Int J Occup Environ Health*. 1997 Jul;3(3):204-9.

Annexe 1 :

Caractéristiques des médecins répondants à l'enquête

| | | |
|--|--|----------------------|
| Nom, prénom | | <input type="text"/> |
| Age | | <input type="text"/> |
| Sexe | F | <input type="text"/> |
| | M | <input type="text"/> |
| Situation familiale : | célibataire | <input type="text"/> |
| | en couple | <input type="text"/> |
| | enfant(s) à charge | <input type="text"/> |
| Nombre d'années d'exercice: | | <input type="text"/> |
| Département d'exercice: | | <input type="text"/> |
| Type d'activité: | rurale exclusive (commune <2000 habitants) | <input type="text"/> |
| | rurale et urbaine | <input type="text"/> |
| | urbaine exclusive (commune > 2000 habitants) | <input type="text"/> |
| Type de secteur conventionnel: | secteur 1 | <input type="text"/> |
| | secteur 2 | <input type="text"/> |
| | non conventionné | <input type="text"/> |
| Secrétariat (externalisé ou pas): | oui | <input type="text"/> |
| | non | <input type="text"/> |
| Participation au tour de garde | oui, au moins une fois par semaine | <input type="text"/> |
| | oui, au moins une fois par mois | <input type="text"/> |
| | oui, au moins une fois par an | <input type="text"/> |

| | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| | non | |
| Semaines de vacances par an : | moins 5 semaines par an | |
| | 5 semaines ou plus par an | |
| Activité autre que "clinique": | inscription à un groupe de pairs | |
| | inscription à un groupe Balint | |
| | activité de recherche | |
| | FMC | |
| | non | |

Annexe 2 : Maslach Burnout Inventory (MBI)

Les variables dépendantes du MBI représentent les trois dimensions du burnout : neuf *item* se rapportent à l'épuisement émotionnel (questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), cinq autres rendent compte de la dépersonnalisation de la relation (questions 5, 10, 11, 15, 22), et enfin huit *item* sont relatifs à l'accomplissement personnel (questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

| ITEM | FRÉQUENCE ¹ |
|---|------------------------|
| 1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 8. Je sens que je craque à cause de mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail | 0 1 2 3 4 5 6 |

¹ Notes données pour mesurer la fréquence:

0: jamais; 1:quelques fois par an; 2: au moins une fois par mois; 3: plusieurs fois par mois; 4: une fois par semaine; 5: plusieurs fois par semaine; 6: chaque jour.

| | |
|---|---------------|
| 11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 12. Je me sens plein(e) d'énergie | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 13. Je me sens frustré(e) par mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 20. Je me sens au bout du rouleau | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes | 0 1 2 3 4 5 6 |

Résultats :

Le résultat n'est pas un score global mais un score exprimé en « bas/modéré/élevé » pour chacune des trois dimensions. Un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation , ou un score bas d'accomplissement personnel suffit à définir un score élevé de burnout.

- Epuisement émotionnel: questions : 1. 2. 3. 6. 8. 13. 14. 16. 20 (résultat entre 0 et 54)
 - total < à 17 → degré de *burn-out* bas
 - 18 < total < 29 → degré de *burn-out* modéré
 - total > à 30 → degré de *burn-out* élevé

- Dépersonnalisation : questions : 5. 10. 11. 15. 22 (résultat entre 0 et 30)
 - total < à 5 → degré de *burn-out* bas
 - 6 < total < 11 → Degré de *burn-out* modéré
 - total > à 12 → degré de *burn-out* élevé

- Accomplissement personnel : question : 4. 7. 9. 12. 17. 18. 19. 21 (résultat entre 0 et 48)
 - total > à 40 → degré de *burn-out* bas
 - 34 < total < 39 → degré de *burn-out* modéré

- total < à 33 → degré de *burn-out* élevé