

Pascal Cathébras¹
 Aurélie Begon²
 Sylvie Laporte³
 Christophe Bois⁴
 Didier Truchot⁵

Épuisement professionnel chez les médecins généralistes

1 - Professeur des Universités, Médecine interne, service de médecine interne, hôpital Nord, Saint-Étienne (42)

2 - Médecin généraliste, Saint-Étienne (42)

3 - Maître de conférence des Universités, Pharmacologie clinique, service de médecine interne et thérapeutique, hôpital Bellevue, Saint-Étienne (42)

4 - Maître de conférence des Universités, Médecine générale, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Saint-Étienne (42)

5 - Maître de conférence des Universités, Psychologie sociale, Université de Franche-Comté, UFR S L H S, Département de Psychologie, Besançon (25)

Correspondance :
 Pascal Cathébras,
 Service de médecine interne, Hôpital Nord,
 42055 Saint-Étienne
 Cedex 2
 Tél. : 04 77 82 83 42
 Fax : 04 77 82 84 58
 pascal.cathebras@chu-st-etienne.fr

Summary

Burn out among French general practitioners

Objective Assess the extent of burn out among the general practitioners of the Loire region (France).

Methods A questionnaire in 3 parts was sent to 480 general practitioners: the first concerned the socio-demographical variables such as the age of the practitioners, their marital status, time when they installed their practice, type of practice and quantification of their professional activity; the second corresponded to the French version of the Maslach Burn out Inventory (MBI) and the third part foresaw the eventual consequences of burn out, such as the wish for retraining, use of psychotropics or suicidal thoughts.

Results 306 practitioners replied (response rate 64%). Mean scores on the three dimensions of burn out (emotional exhaustion, depersonalization, low personal accomplishment) were similar to those of other studies using the same instrument. Five per cent of the practitioners had high scores of burn out on the 3 subscales, but professional accomplishment remained high for a majority of physicians. More than 1 practitioner out of 2 had thought of retraining, 5.5% declared excessive drinking, 30% had taken psychotropics, and 13% have envisaged suicide. Emotional exhaustion was statistically associated with female sex, heavy workload, wish to retrain, drinking, psychotropics and suicidal ideation. The causes of burn out expressed by the practitioners were organizational and administrative (high workload, administrative demands, conflicts with social welfare organizations) but also relational (demands considered as excessive from their patients and families).

Discussion Burn out among general practitioners is a reality. The quality of life of practitioners suffering from burn out appears significantly impaired, and published literature indicates that it may lead to deleterious consequences on the care provided to their patients.

Résumé

Objectif Évaluer le degré d'épuisement professionnel (ou *burn out*) de médecins généralistes libéraux du département de la Loire.

Méthodes Un questionnaire en 3 parties a été envoyé à 480 médecins généralistes : la première partie concernait les variables sociodémographiques telles qu'âge des médecins, statut matrimonial, date d'installation, mode d'exercice, quantification de l'activité professionnelle ; la seconde partie correspondait à la version française du *Maslach Burn out Inventory* (MBI) ; la troisième partie envisageait des conséquences éventuelles de l'épuisement professionnel, telles que désir de reconversion, usage de psychotropes, ou pensées de suicide ; les médecins étaient invités à indiquer les causes de l'épuisement professionnel telles qu'ils les percevaient, en réponse à une question ouverte. Les réponses étaient anonymes.

Résultats Trois cent six médecins ont répondu (taux de réponse de 64 %). Les scores moyens pour les 3 dimensions du *burn out* (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et diminution de l'accomplissement personnel) étaient similaires à ceux d'autres enquêtes utilisant le même instrument. Cinq pour cent des médecins avaient un niveau élevé de *burn out* pour les 3 composantes, mais la plupart des médecins avaient un niveau élevé d'accomplissement personnel dans leur métier. Plus d'un médecin sur 2 a envisagé une reconversion ; 5,5 % avouaient boire de l'alcool de façon excessive ; 30 % avaient pris des psychotropes et 13 % ont envisagé le suicide. La composante d'épuisement émotionnel était statistiquement associée au sexe féminin, à une charge de travail importante, au désir de reconversion, à la consommation d'alcool, de psychotropes, aux idées suicidaires. Les causes d'épuisement professionnel invoquées par les praticiens étaient organisationnelles et administratives (charge de travail élevée, poids de l'administration, conflit avec les organismes sociaux) mais aussi relationnelles (demandes jugées excessives des patients et de leurs familles).

Conclusion L'épuisement professionnel des médecins généralistes apparaît comme une réalité. La qualité de vie des praticiens qui en sont victimes semble significativement altérée et la littérature indique que des conséquences néfastes sur la santé de leurs patients pourraient en découler.

P. Cathébras, A. Begon, S. Laporte, C. Bois, D. Truchot
 Presse Med 2004; 33: 1569-74
 © 2004, Masson, Paris

Reçu le 23 octobre 2003
 Accepté le 19 avril 2004

Le stress psychologique est défini par Lazarus et Folkman¹ comme la perception par le sujet d'un environnement menaçant, excédant les ressources adaptatives de la personne et compromettant son bien-être. Depuis longtemps le travail est considéré comme une source de stress et de nombreux facteurs de stress professionnel sont connus : surcharge ou manque de travail, danger physique, conflits organisationnels ou interpersonnels, contraintes professionnelles sur la famille n'en sont que quelques-uns^{2,3}. Certains facteurs de stress sont spécifiquement liés à la fonction soignante, comme la nécessité de prendre des décisions vitales sur la base d'informations ambiguës, le risque d'erreur aux conséquences graves, les contacts émotionnellement chargés avec les patients, leurs familles et les autres professionnels de santé⁴. De nombreux symptômes somatiques, psychologiques et comportementaux peuvent signaler la difficulté d'adaptation au stress.

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou *burn out*, a été décrit dans les années soixante-dix comme une forme particulière de réaction au stress chronique dans le cadre des professions d'aide, dont les infirmières, les travailleurs sociaux et les médecins^{5,6}. Initialement, on pensait que le *burn out* ne survenait que chez des individus entrés dans un métier d'aide avec un niveau élevé d'idéal, de motivation et d'implication. Si le *burn out* est susceptible de frapper tout individu au travail, quelle que soit sa profession⁷, les professions médicales demeurent des cibles privilégiées de ce syndrome. Les symptômes principaux en sont la fatigue physique, le sentiment d'être émotionnellement "vidé", le manque d'enthousiasme au travail, l'humeur dépressive, l'irritabilité, un sentiment pénétrant de frustration, un détachement avec négativisme et diminution du sentiment de responsabilité, une réduction du temps de travail ou au contraire un surinvestissement peu productif.

Pour Maslach, le syndrome de *burn out* comprend 3 dimensions corrélées mais distinctes : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et la diminution du sentiment de réalisation de soi⁸. Ces 3 composantes ont été mises en évidence par l'analyse factorielle de données recueillies dans le cadre de recherches psychométriques menées auprès de personnes exerçant dans les domaines de la santé, de l'aide sociale et de l'enseignement. À partir de ces recherches, Maslach et Jackson⁹ ont construit le *Maslach Burn out Inventory*, échelle de mesure largement validée. L'épuisement émotionnel s'exprime par le sentiment d'être vidé de son énergie et d'être incapable de se "donner", psychologiquement, à l'autre. La "dépersonnalisation" correspond en fait à une déshumanisation de la relation à l'autre : c'est une fonction défensive vis-à-vis de l'épuisement professionnel comportant détachement et cynisme. La diminution de l'accomplissement profession-

nel traduit le déclin du sentiment de succès et de compétence dans le travail⁸. Bien que proche de la dépression sur un plan symptomatique et phénoménologique, le *burn out* n'est pas la dépression : il s'exprime spécifiquement dans le contexte du travail¹⁰. Le *burn out* est un facteur d'instabilité professionnelle et d'absentéisme ; il entraîne une détérioration de la qualité des soins fournis aux "clients". Le *burn out* des médecins généralistes modifie les prises de décision concernant les malades¹¹. Le *burn out* est associé à une mauvaise santé physique, aux troubles du sommeil, à l'usage exagéré d'alcool et de drogues, aux problèmes conjugaux ou familiaux^{7,12}.

Le stress des médecins est un sujet d'intérêt en France. Dans un contexte de "malaise" des professions de santé, de pénurie démographique effective ou annoncée, de conflit entre médecins et pouvoirs publics, les omnipraticiens se décrivent volontiers comme "particulièrement usés" et "minés" par les exigences et l'agressivité des patients¹³. Nous avons évalué le niveau et les conséquences de l'épuisement professionnel des médecins généralistes de la Loire, et demandé aux intéressés de citer les causes qu'ils attribuaient à cet éventuel *burn out*.

Méthodes

Un questionnaire a été adressé aux 480 médecins généralistes répertoriés dans les 2 arrondissements du Sud du département de la Loire, avec une lettre d'accompagnement et une enveloppe-réponse. La première partie du questionnaire concernait les variables sociodémographiques telles qu'âge des médecins, statut matrimonial, date d'installation, mode d'exercice, quantification de l'activité professionnelle ; la seconde partie correspondait à la version française du *Maslach Burn out Inventory* (MBI) ; la troisième partie envisageait des conséquences éventuelles de l'épuisement professionnel, telles que désir de reconversion, usage de psychotropes ou pensées de suicide ; enfin, les médecins étaient invités à indiquer les causes de l'épuisement professionnel telles qu'ils les percevaient, en réponse à une question ouverte. Les réponses étaient anonymes.

Le MBI est un inventaire de 22 items dont 9 évaluent l'épuisement émotionnel (exemple : "je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail"), 5 la dépersonnalisation (exemple : "je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que je fais ce travail"), et 8 la réalisation personnelle (exemple : "j'ai accompli beaucoup de choses dans ce travail qui en valent la peine"). Chaque item est coté de 0 (jamais ressenti) à 6 (ressenti chaque jour). Les qualités psychométriques du MBI et de sa version française sont satisfaisantes^{12,14}. Les scores bas, moyens ou élevés de chacune des sous-échelles ont été initialement définis par les

terciles d'une population médicale de référence¹² : le niveau d'épuisement professionnel est considéré comme bas, modéré, ou élevé pour des scores respectivement fixés à ≤ 17 , 18-29, ≥ 30 ; pour le degré de dépersonnalisation, les scores sont respectivement fixés à ≤ 5 , 6-11, ≥ 12 ; pour l'accomplissement personnel, les scores sont respectivement fixés à ≤ 33 , 34-39, ≥ 40 ¹⁵. Le score global n'est pas utilisé en pratique.

Les tests de comparaison entre les 3 niveaux de score sur le MBI ont été réalisés par un test du χ^2 ou un test exact de Fisher en cas d'effectifs insuffisants pour les variables qualitatives, par un test de Student pour les variables quantitatives.

Résultats

Sur 480 questionnaires envoyés aux médecins en avril et mai 2003, 306 ont été retournés en mai ou juin 2003, soit un taux de réponse de 63,75 %. Il s'agissait de 208 hommes (68 %) et de 98 femmes (32 %). L'âge moyen des médecins répondants était de $46,4 \pm 7,3$ ans (extrêmes : 28-70 ans) avec 21,6 % de médecins entre 31 et 40 ans, 46,7 % entre 41 et 50 ans, et 29,4 % entre 51 et 60 ans ; 83 % des médecins étaient mariés et 25,7 % avaient un conjoint médecin, qui travaillait de son côté dans la plupart des cas. Les médecins avaient en moyenne $1,9 \pm 1,3$ enfants à charge (extrêmes : 0-7). Un médecin sur 2 environ (156/308) travaillait en groupe. La plupart des répondants (70 %) exerçaient en ville, 22 % en milieu rural et 8 % en milieu "semi-rural".

Les médecins déclaraient travailler $52,2 (\pm 10,8)$ heures par semaine en moyenne (extrêmes : 13-100) et réaliser en moyenne 23 ($\pm 7,8$) actes par jour (extrêmes : 6-70). Vingt-huit médecins (9 %) rencontraient plus de 30 patients chaque jour. Environ un tiers (32 %) des médecins répondants avaient une activité salariée annexe à leur activité libérale. Ils déclaraient effectuer en moyenne $30,1 (\pm 43,3)$ heures de garde par mois (extrêmes : 0-276).

Selon les résultats du MBI, 80 médecins (26 %) avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, alors que 105 (34 %) avaient un score d'épuisement émotionnel modéré et que 121 (40 %) n'exprimaient pas d'épuisement émotionnel. Le score moyen d'épuisement émotionnel était de $21,85 \pm 12,4$ (extrêmes : 0-53). La dépersonnalisation touchait à un niveau élevé 103 médecins (34 %), à un niveau modéré 93 médecins (30 %) et épargnait 110 médecins (36 %). Le score moyen de dépersonnalisation était de $9,13 \pm 6,7$ (extrêmes : 0-28). L'accomplissement personnel était élevé pour 172 médecins (soit 56 %), modéré pour 76 médecins (25 %) et mauvais pour 58 médecins (19 %). Le score moyen d'accomplissement personnel était de $38,7 \pm 7,1$ (extrêmes : 0-48). Quinze médecins, soit 5 %, avaient un niveau élevé de *burn out* pour les 3 com-

posantes, alors que 48 (16 %) n'avaient aucune des composantes de l'épuisement professionnel.

En ce qui concerne les conséquences de l'épuisement professionnel, 58 % des répondants avaient envisagé une reconversion, 14 % des médecins fumaient de façon régulière, 5,5 % déclaraient boire de l'alcool de manière excessive, 30,4 % avaient pris des médicaments psychotropes pendant leur exercice médical. Si les deux tiers des médecins estimaient que leur profession n'avait pas engendré d'échec dans leur vie personnelle, 14 % signalaient avoir eu des problèmes relationnels avec leurs enfants et 20 % avoir divorcé ou s'être séparé de leur conjoint. Quarante et un répondants, soit 13 %, déclaraient avoir envisagé le suicide. Les principales causes d'épuisement professionnel citées par les médecins en réponse à une question ouverte étaient les exigences des patients, les relations avec l'administration et les organismes de protection sociale, la charge de travail, les contraintes financières (tableau 1).

Un niveau élevé d'épuisement émotionnel était significativement associé au sexe féminin ($p = 0,049$), à une charge de travail importante évaluée par le nombre d'actes quotidiens ($p = 0,029$) ou par le nombre d'heures de travail hebdomadaire ($p = 0,046$), au désir de reconversion ($p = 0,0001$), à la consommation d'alcool ($p = 0,003$) et de psychotropes ($p = 0,0001$), aux idéations suicidaires

Tableau 1

Causes de l'épuisement professionnel perçues par 306 médecins généralistes

Causes perçues	Fréquence (%)
Exigences des patients	39,2
Surcharge administrative, "paperasserie"	28,4
Charge de travail excessive	25,8
Nombre d'heures de travail excessif	23,2
Manque de temps libre	18,0
Conflits avec la Caisse primaire d'assurance maladie	17,6
Manque de reconnaissance de la profession	16,7
Responsabilité professionnelle, peur de l'erreur médicale	13,4
Nécessité de multiplier les actes pour atteindre un revenu acceptable	10,5
Isolement professionnel	10,1
Charges financières professionnelles et de gestion du cabinet	9,5
Gardes	9,1
Formation médicale continue	8,2
Disponibilité quasi permanente	7,2
Difficultés à trouver des remplaçants	7,2
Manque de formation pour les problèmes psychosociaux	6,9
Agressivité des patients	4,6
Téléphone	4,2
Pressions du gouvernement	3,6
Surcharge émotionnelle	3,3

($p = 0,006$). L'âge, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'années écoulées depuis l'installation, le fait de travailler seul ou en groupe, en milieu rural ou urbain n'avaient pas d'influence sur l'épuisement émotionnel (tableau 2). Un niveau élevé de dépersonnalisation était associé à la charge de travail (nombre d'actes quotidiens [$p = 0,032$]; heures de travail hebdomadaire [$p = 0,0007$]), au désir de reconversion ($p = 0,007$), mais ni au sexe, ni à l'âge, ni au fait de travailler seul ou en groupe, ni au lieu de travail, ni aux idéations suicidaires. Il existait une tendance à l'association entre dépersonnalisation et usage d'alcool ou de psychotropes ($p = 0,08$). Un bas niveau d'accomplissement personnel n'était significativement associé qu'au désir de reconversion ($p = 0,002$).

Discussion

L'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux est une réalité, même si seuls 5 % des praticiens semblent avoir un syndrome de *burn out* au complet. L'épuisement professionnel, et en particulier sa composante d'épuisement émotionnel, est associé à des comportements potentiellement à risque pour les médecins et pour leurs patients, tels que la consommation excessive d'alcool et la prise de psychotropes, ainsi qu'à une insatisfaction au travail entraînant un désir de reconversion professionnelle, même si la plupart des médecins gardent un niveau élevé d'accomplissement personnel dans leur métier. Les causes

de cet épuisement perçues par les praticiens sont organisationnelles et administratives (charge de travail élevée, poids de l'administration, conflits avec les organismes sociaux), mais aussi relationnelles (demandes jugées excessives des patients et de leurs familles).

Le taux de réponse de près de deux tiers pour une enquête postale sans relance peut être considéré comme élevé¹⁶ et témoigne sans doute de l'intérêt des médecins généralistes pour la question de l'épuisement professionnel. On peut supposer que les médecins les plus concernés par cet épuisement aient été plus enclins à répondre (biais de sélection), encore que les plus épuisés aient pu à l'inverse refuser ce travail supplémentaire. En termes sociodémographiques, la population des répondants semble cependant assez représentative de l'ensemble des médecins contactés et l'anonymat a sans doute permis une expression assez fidèle du vécu des praticiens.

Le *burn out* atteint un quart des médecins 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. Cinq pour cent seulement des médecins ont un score élevé pour les 3 composantes de l'épuisement professionnel. Il est difficile de comparer le niveau de *burn out* de différentes populations de médecins en raison de variations dans les scores seuil utilisés, qui sont relativement arbitraires. Des auteurs¹⁷ ont défini opérationnellement le *burn out* comme un score élevé sur l'échelle d'épuisement émotionnel ou sur l'échelle de dépersonnalisation, ce qui aboutit à une prévalence très élevée (44,5 % pour notre population, 76 % chez les internes en médecine de Seattle¹⁷). Notre définition conservatrice aboutissant à une prévalence de 5 % de *burn out* indique qu'un petit nombre de médecins généralistes souffre d'un épuisement professionnel très prononcé, ayant vraisemblablement des conséquences dramatiques sur leur qualité de vie, si l'on tient compte de l'association significative de cet épuisement à la consommation d'alcool, de psychotropes et aux idéations suicidaires. Il est risqué de comparer en termes de *burn out* des populations de médecins travaillant dans des contextes différents (généralistes ou spécialistes, libéraux ou hospitaliers, système de soins étatisé ou contrôlé de type "*managed care*" aux États-Unis). Pour s'en tenir aux études menées en France sur les médecins libéraux, les scores moyens obtenus sur les 3 composantes du MBI par nos praticiens sont comparables à ceux des médecins libéraux de Champagne-Ardenne ou de Bourgogne étudiés par Truchot^{13,18}. On remarque que l'accomplissement personnel dans le travail reste bon pour une majorité de médecins, comme cela a été noté dans d'autres enquêtes réalisées en France¹⁹. Plusieurs études ont montré que la satisfaction au travail jouait un rôle protecteur dans la relation entre le stress et l'épuisement émotionnel^{20,21}.

Tableau 2

Comparaison des médecins aux niveaux bas et élevé d'épuisement émotionnel

	Épuisement émotionnel	
	Bas n = 121	Élevé n = 80
Sexe (% femmes)	24	36,2 % §
Âge (ans)	46,9 ± 7,8	46,9 ± 6,9
Enfants à charge	1,9 ± 1,4	1,9 ± 1,2
Lieu de travail (% urbain)	68,6	65,0
Type d'exercice (% seul)	48,8	48,7
Années depuis installation	17,1 ± 9,1	17,3 ± 8,3
Heures de travail/semaine	51,7 ± 9,6	55,5 ± 12*
Nombre d'actes/jour	21,7 ± 6,1	24,5 ± 8,4*
Désir de reconversion (%)	38,3	75,0**
Consommation excessive d'alcool (%)	4,1	13,7*
Usage de psychotropes (%)	16,5	47,5**
Idéations suicidaires (%)	10,7	23,7*

* ($p < 0,05$)

** ($p < 0,01$)

§ ($0,05 < p < 0,1$)

L'épuisement émotionnel est un peu plus fréquent chez les femmes. Leur plus grande vulnérabilité au *burn out* pourrait être en rapport avec leur implication plus importante dans la relation émotionnelle à l'égard de leurs malades²² et avec la difficulté matérielle et affective à concilier leurs vies professionnelle et familiale²³. L'âge ne paraît pas modifier le risque de *burn out*. Comme dans la plupart des études, et très logiquement, la charge de travail s'avère en relation avec l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, composantes clés de l'épuisement professionnel, la baisse de l'accomplissement personnel étant un phénomène plus contingent, tardif, ou en relation avec des variables de personnalité préalables influençant l'estime de soi^{15,24}. Contrairement à ce que nous avons imaginé en raison de l'effet tampon du support social des pairs sur le stress des soignants²⁵, le fait d'exercer en groupe ne semble pas protéger de l'épuisement professionnel. Il est vrai que le support social peut prendre différentes formes : soutien matériel concret, soutien socio-affectif, soutien informationnel. Chacune de ces formes peut protéger de stressseurs particuliers. De nouvelles recherches étudient les différents soutiens apportés par les collègues et leur effet éventuellement bénéfique sur le bien-être psychologique des médecins²⁶.

Un niveau élevé d'épuisement professionnel est associé à des regrets sur le choix de la carrière médicale^{17,27} et il n'est donc pas surprenant que le désir de reconversion professionnelle soit plus fréquent chez les médecins ayant un niveau élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation. Nous n'avons pas évalué l'humeur dépressive, associée au *burn out* dans certaines études^{17,20}, mais nous avons trouvé une relation significative entre l'épuisement émotionnel, la consommation d'alcool et de psychotropes et les idéations suicidaires, ce qui va dans le même sens. L'usage excessif d'alcool, de psychotropes ou de produits illicites est souvent considéré comme une manière (inadéquate) de gérer le stress chez les médecins²⁸. Nous n'avons pas, dans ce travail, évalué l'impact négatif du *burn out* sur les performances médicales et relationnelles des médecins, mais cet impact est vraisemblablement significatif^{17,29}. Truchot¹¹ a montré qu'un degré élevé d'épuisement émotionnel conduisait les médecins généralistes à prendre des décisions moins coûteuses pour eux, en termes de temps, d'énergie ou d'investissement vis-à-vis du patient. Il y a débat sur la valeur défensive de la déshumanisation de la relation (composante "dépersonnalisation" du MBI) par rapport à l'épuisement émotionnel^{15,30}. Graham *et al.*³¹ remarquent justement que le cynisme, s'il peut éventuellement protéger contre le stress émotionnel, a toutes les chances d'altérer négativement les relations avec les patients et les collègues.

Les causes de l'épuisement professionnel perçues par les médecins recourent largement les situations qu'ils jugent

"stressantes" en général : dans l'étude menée à Paris et dans la région toulousaine sur 595 médecins généralistes¹⁹, les facteurs de stress perçus étaient avant tout les tracasseries administratives (environ 80 %), les problèmes financiers (environ 70 %), le manque de temps (environ 60 %), et la perte de contrôle sur son exercice (Références médicales opposables) (environ 50 %). L'implication dans la souffrance des patients, la prise en charge des fins de vie étaient citées par près de la moitié des médecins, l'insuffisance de reconnaissance sociale par 45 %. Les relations avec les patients ne semblaient pas, dans cette étude, poser un problème particulier, sinon par le biais des "demandes extra-médicales". L'importance attribuée par les médecins à un facteur de stress ne reflète pas nécessairement son impact réel sur le *burn out*. Ainsi, dans l'étude menée en Bourgogne il était demandé aux médecins de décrire "en quelques mots la dernière situation professionnelle significative qui, pour eux, a été source de stress, de tension, de ras-le-bol" : 68,5 % des réponses concernaient le lien avec leurs patients¹³. De plus, la fréquence perçue des facteurs de stress n'est pas toujours un bon prédicteur du *burn out*. Les pressions administratives et la charge de travail, souvent citées, ont un impact sur le *burn out*, mais souvent leur poids est moindre comparativement aux variables liées aux relations difficiles ou conflictuelles avec les patients ou les collègues¹⁸. Plusieurs facteurs de risque connus d'épuisement professionnel n'ont pas été explorés dans notre enquête.

CE QUI ÉTAIT CONNU

- Les médecins sont une population à risque d'épuisement professionnel ou *burn out*.
- Les travaux sur le *burn out* menés en France sont peu nombreux et mal connus des professionnels de santé.
- Les facteurs habituellement mis en cause sont surtout la charge de travail et les relations émotionnellement chargées avec les malades et leurs familles

CE QU'APPORTE L'ARTICLE

- L'épuisement professionnel des médecins généralistes d'une région française peu favorisée atteint à un degré très significatif 5 % des praticiens
- Ce *burn out* s'associe de manière significative à des conduites à risque pour les médecins et leurs malades (consommation excessive d'alcool, prise de psychotropes)
- Les facteurs de stress considérés par les médecins comme causes de leur épuisement professionnel sont plus organisationnels, administratifs et relationnels que relevant de la confrontation avec la souffrance des patients

La détresse que génère la confrontation avec la souffrance des malades n'apparaît que très marginalement dans les causes de stress indiquées par les praticiens, alors qu'elle est centrale dans le concept de *burn out*⁸, ce qui est confirmé par les études menées chez les infirmières et en milieu oncologique^{4,20}. Corollairement, la perception d'un manque de formation sur les aspects relationnels de la pratique médicale, parfois associée au *burn out*²⁰, n'a été évoquée que par quelques médecins de notre enquête. La sensation de "perte de contrôle" sur leur exercice transparait, en revanche, dans les réponses des praticiens, à travers des termes tels que "surcharge administrative" ou "conflits avec l'Assurance maladie".

Cette composante s'avère la plus pertinente dans certaines études^{21,32} qui insistent sur les sources organisationnelles plutôt qu'individuelles de l'épuisement professionnel des médecins.

Une partie de la souffrance des soignants provient de la rencontre entre l'utopie de la santé parfaite et la réalité de l'homme souffrant³³. De ce point de vue, la confrontation quotidienne avec les limites de l'efficacité médicale, associée à l'érosion de la reconnaissance sociale du médecin de famille, contribue sans doute au "malaise" des généralistes, placés en première ligne face aux attentes irréalistes de la société vis-à-vis de la médecine. ■

Références

- 1 Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, Springer, 1984.
- 2 Holt RR. Occupational stress. In: Goldberger L, Breznitz S (eds). Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. Free Press, New York 1993: 342-67.
- 3 Truchot D, Fischer GN. Santé et travail. In: Fischer GN (ed.) Traité de psychologie de la santé. Dunod, Paris 2002: 513-32.
- 4 Delvaux N, Razavi D, Merckaert I. Stress du personnel soignant. In: Razavi D & Delvaux N (eds). Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille (2^e ed). Masson, Paris 2002: 252-74.
- 5 Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-65.
- 6 Maslach C. Burned-out. *Hum Behav* 1976; 5: 16-22.
- 7 Schaufeli W, Enzman D. The burn out companion to study and practice. A critical analysis. Taylor & Francis, London 1998.
- 8 Maslach C. Burn out in health professionals. In: Baum A, Newman S, West R, MacManus C (eds) Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. Cambridge, Cambridge University Press, 1997: 275-8.
- 9 Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burn out. *J Occup Behav* 1981; 2: 99-113.
- 10 Maslach C, Leiter MP. The truth about burn out. Jossey-Bass, San Francisco 1997.
- 11 Truchot D. Decision-making among GPs : the impact of burn out and compliance of the patient. 5th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology, Berlin, 2003.
- 12 Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burn out Inventory, 3^e ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1996.
- 13 Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'UPMLB. Université de Reims, Département de Psychologie, 2001.
- 14 Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci* 1994; 26: 210-27.
- 15 Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, 2^e ed. Masson, Paris 2001.
- 16 Asch DA, Jedriewski MK, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 1129-36.
- 17 Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burn out and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136: 358-67.
- 18 Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne. Université de Reims, Département de Psychologie, 2003.
- 19 Vidal M, Gleizes M, Razavet A. Évaluation du stress chez les médecins généralistes et recherche de ses causes. 2^e Congrès International de Recherche en Médecine Générale, Biarritz, 2001.
- 20 Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724-8.
- 21 Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, de Haes HCJM. Stress, satisfaction and burn out among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003; 168: 271-5.
- 22 Cathébras P, Vacus G, Jacquin L, Rousset H. Physicians' attitudes toward psychosomatic problems among medical specialties. 20th European Conference on Psychosomatic Research, Gand, 1994.
- 23 McMurray JE, Linzer M, Konrad TR et al. The work lives of women physicians. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 372-80.
- 24 Janssen PPM, Schaufeli WB, Houkes I. Work-related and individual determinants of three burn out dimensions. *Work Stress* 1999; 13: 74-86.
- 25 Winnubst J. Organisational structure, social support, and burn out. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds.). Professional burn out : recent developments in theory and research. Washington DC, Taylor & Francis, 1993: 135-49.
- 26 Buunk B. Affiliation and helping interactions within organisations : a critical analysis of the role of social support with regard to occupational stress. In: Stroebe W, Hewstone M (eds). *Eur Rev Social Psychol* 1990; 1: 293-322.
- 27 Lemkau J, Rafferty J, Gordon R Jr. Burn out and career-choice regret among family practice physicians in early practice. *Fam Pract Res J* 1994; 14: 213-22.
- 28 McCall SV. Chemically dependent health professionals. *West J Med* 2001; 174: 50-4.
- 29 Gundersen L. Physician burn out. *Ann Intern Med* 2001; 135: 145-8.
- 30 McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal link between stress and burn out in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002; 359: 2089-90.
- 31 Graham J, Potts HWW, Ramirez AJ. Stress and burn out in doctors. *Lancet* 2002; 360: 1975-6.
- 32 Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med* 2001; 174: 22-30.
- 33 Mallet D, Herbaut A, Soyez S, Delerue M, Chekroud H, Jacquemin D. Société, médecine et souffrance des soignants. *Presse Med* 2002; 31: 1206-10.