

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2021

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 27/05/2021

Par

Véziane HILAIRE

Influence du burn-out sur la pratique clinique en médecine générale

Dirigée par Mme la Docteure Juliette Lion-Altmayer

JURY

M. le Professeur Eric Galam

Président

Mme la Docteure Juliette Lion Altmayer

Directrice

Mme la Professeure Gladys Ibanez

Membre du jury

M. le Professeur Philippe Zerr

Membre du jury

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2021

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 27/05/2021

Par

Véziane HILAIRE

Influence du burn-out sur la pratique clinique en médecine générale

Dirigée par Mme la Docteure Juliette Lion-Altmayer

JURY

M. le Professeur Eric Galam

Président

Mme la Docteure Juliette Lion Altmayer

Directrice

Mme la Professeure Gladys Ibanez

Membre du jury

M. le Professeur Philippe Zerr

Membre du jury

Remerciements

À M. le Professeur Eric Galam, Professeur des universités de médecine générale.

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de votre implication dans la faculté ainsi que dans la formation des internes. Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

À Mme la Professeure Gladys Ibanez, Professeure des universités de médecine générale.

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de mon jury de thèse. Je vous remercie... Soyez assuré de mon sincère respect.

À M. le Professeur Philippe Zerr, Professeur associé enseignant universitaire.

Vous me faites l'honneur de siéger au jury de ma thèse. Merci pour votre implication dans les formations en groupe de GEP ainsi que pour votre bienveillance. Soyez assuré de toute ma gratitude et de mon profond respect.

À Mme la Docteure Juliette Lion-Altmayer,

C'est un immense plaisir de t'avoir en tant que directrice de thèse, merci pour ton soutien. C'est avec toi que j'ai commencé l'exercice de la médecine générale, et c'est avec toi que je vais le continuer. Sois assurée de mon amitié et de ma sincère reconnaissance.

À M. le Docteur Wolfgang Lindemann,

Merci de nous avoir impliqué dans votre recherche et pour le temps passé sur ce projet. En espérant votre bon rétablissement au plus vite afin de poursuivre vos recherches.

Merci **à tous les médecins généralistes**, qui ont répondu au questionnaire, et sans qui ce travail ne pourrait exister.

À mes parents et mes soeurs, ça y est, les études se terminent, c'est grâce à votre soutien depuis le début que j'en suis là. Je vous souhaite encore de belles années tous ensemble en vacances dans notre lieu tant aimé.

À mon mari, qui voit enfin le bout de ces longues études et qui aura presque suivi toutes les étapes. Merci pour ton soutien. Maintenant profitons de nos belles années à venir.

À ma Léonie et aux suivants, mon petit cœur qui a embelli ma vie. C'est grâce à toi que j'avance, mais aussi que j'ai pris autant de temps.

À Johan, notre statisticien préféré, nous te serons éternellement reconnaissantes pour tout le travail que tu as accompli pour nous, soir, week ends et jours fériés. La maison sera toujours ouverte.

À Chloé, mon binôme de tout et même de thèse. Une belle amitié depuis le début des études mais qui va bien au-delà.

À Céline, un partage de nos stages d'externat qui nous a tellement rapproché. Tu es maintenant comme une sœur.

Aux meilleurs, ce groupe chouette de soirée avec qui j'aime me retrouver, malgré nos spécialités et rythme différents j'espère vous revoir bientôt pour fêter cela.

À toute ma très grande famille, qui a suivi mon parcours et m'a toujours entourée, un grand merci et à nos prochaines réunions familiales (post covid)...

Résumé :

Pré requis : L'épuisement professionnel est une affection croissante en médecine et notamment en médecine générale. Les signes d'épuisement étant de plus en plus présents en médecine générale, il est important d'en améliorer l'identification, voire le dépistage, et d'en évaluer l'impact sur la qualité des soins pour le patient.

Objectif : L'objectif principal de ce travail est de rechercher une corrélation entre le niveau de burn-out (BO) et les résultats thérapeutiques (en s'appuyant sur les données de la ROSP). Les objectifs secondaires seront de rechercher les facteurs de risque du BO ainsi que l'existence d'un lien entre empathie et BO.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative réalisée en 2020 chez des médecins généralistes français, recrutés par réseau personnel ou réseaux sociaux. Les questionnaires soumis aux médecins généralistes ont comporté des questions relatives aux données sociodémographiques, personnelles, à la vie professionnelle et à la ROSP, et des questions évaluant l'empathie (questionnaire JSPE) et le BO (questionnaire MBI). Il a été demandé aux médecins généralistes de transmettre les données de leur dernière ROSP (2019).

Résultats : 375 réponses aux questionnaires ont été obtenues entre mars et septembre 2020 associées à la transmission de 72 données de ROSP. 64% des médecins interrogés sont considérés en BO d'après le MBI. Les médecins présentant les critères de BO sont significativement : plus jeunes, plus timides, font plus d'actes quotidiens, ont plus l'impression de « trop travailler », ont rejoint plus de groupe Balint. Ils ont aussi effectué plus d'actes par rapport à il y a 2 ans, sont moins satisfaits de leur travail, ont l'impression de moins de réciprocité dans l'affection partagée avec leurs patients. Ils semblent accorder plus d'importance aux dépistages des troubles visuels auditifs et du langage chez les enfants, et se mettent moins à la place du patient.

Conclusion : L'analyse des données ne retrouve pas de différence significative dans la qualité de prise en charge des patients par les médecins généralistes (MG) en BO, sur la base des données de la ROSP. En revanche, notre étude confirme l'identification de facteurs de risque de BO, et d'un caractère protecteur du développement de l'empathie des MG sur le risque de BO. Ces constatations ainsi que le fort taux de BO en MG (peut être surestimé par le contexte covid et la jeunesse de notre panel) justifient la réflexion autour d'une prévention et d'un dépistage plus systématique autour du BO.

Spécialité :

DES médecine générale

Mots clés français :

Epuisement psychologique, médecine générale, résultat thérapeutique, empathie

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Liste des abréviations

- AP : accomplissement personnel
- BO : burn-out
- Dep : dépersonnalisation
- EE : épuisement émotionnel
- EP : épuisement professionnel
- JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy
- MBI : Maslach Burn out Inventory
- MG : médecins généralistes
- MOTS : Médecin Organisation Travail Santé
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PASS : Programme Aide Solidarité Soignant
- PAIMM : Programme Attention Intégrale aux Médecins Malades
- PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec
- ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABREVIATIONS	7
TABLE DES MATIERES	8
INTRODUCTION	10
1 : CONTEXTE.....	11
1.1 ORIGINE DU BURN-OUT.....	11
1.2 FACTEURS DE RISQUE	13
1.3 BURN-OUT EN FRANCE.....	14
1.4 BURN-OUT EN MEDECINE.....	14
1.5 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	15
2 : MATERIEL ET METHODE	17
2.1 POPULATION DE L'ETUDE	17
2.2 ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	17
2.3 LA REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE	18
2.4 METHODE STATISTIQUE	20
3 : RESULTATS.....	21
3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	21
3.2 ANALYSE DES DONNEES	23
3.2.1 Vie personnelle	23
3.2.2 Vie professionnelle.....	25
3.2.3 Suivi des patients	29
3.2.4 Lien entre l'empathie et le burn-out.....	31
4 : DISCUSSION	33
4.1 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	33
4.1.1 Recrutement	33
4.1.2 ROSP et biais.....	33
4.1.3 Contexte COVID	34
4.2 COMPARAISON DU BURN-OUT DANS L'ETUDE ET EN FRANCE	34
4.3 FACTEURS DE RISQUE DU BURN-OUT IDENTIFIES.....	35
4.4 COMPOSANTES DU BURN-OUT	35

4.5 CONSEQUENCES DU BURN-OUT	36
4.6 LIEN ENTRE EMPATHIE ET BURN-OUT	37
4.7 PREVENTIONS A METTRE EN PLACE	38
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	42
TABLE DES FIGURES	47
TABLE DES TABLEAUX.....	48
ANNEXES	49
PERMIS D'IMPRIMER.....	53

Introduction

Le syndrome d'épuisement professionnel, équivalent en français du terme anglais burnout, est largement employé de nos jours.

Ce concept est apparu dans les années 1960 pour décrire l'épuisement au travail de professionnels de l'aide et du soin. Il a été défini en 1974 par Freudenberg (1) comme le fait de « ne pas y arriver ; s'user, être épuisé par une exigence excessive en énergie, force ou ressources » (2). Le burn-out est initialement défini comme un état dépressif réactionnel. Des facteurs d'origine multidimensionnelle (facteurs inter et intra individuelles) en sont à l'origine (3).

Plusieurs mesures du burn-out existent, mais le questionnaire le plus pertinent en médecine est le Maslach Burnout Inventory (MBI). Il distingue trois dimensions au burn-out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte de l'accomplissement personnel. Le MBI évalue le burn-out sur ces 3 composantes et sa version française est validée (7). Il se compose de 22 questions pour lesquelles les réponses s'expriment sur une échelle Likert allant de « jamais » à « quotidien ».

Le burn-out est un syndrome de plus en plus fréquent dans le milieu de la santé : la surcharge croissante de travail actuelle chez les médecins et le stress ainsi engendré, expliquent en partie son augmentation.

La fréquence du burn-out étant croissante (15,16), nous pouvons alors nous demander si celui-ci influence la pratique médicale, et la qualité des soins en particulier. Dans une étude de 2007 d'E Galam (17) les médecins décrivent comme conséquence du burn-out une altération de la qualité des soins. En 2017, Yugero retrouvait dans son étude (24), un meilleur contrôle de pression artérielle chez les patients des médecins avec bas niveau de burn-out. Une méta analyse de 2018 (25) retrouvait, quant à elle, que le burn-out chez les médecins était associé à une moins bonne qualité de soins, plus d'incident mettant en jeu la sécurité du patient et une moindre satisfaction de la part des patients.

Afin de pouvoir évaluer la qualité de travail du médecin dans notre étude, nous avons décidé de nous appuyer sur les données de la ROSP.

Nous rechercherons alors si le burn-out modifie la prise en charge du médecin généraliste.

1 : Contexte

1.1 Origine du Burn-out

Le burn-out signifie au sens littéral « brûler de l'intérieur », en France on le qualifie aussi d'épuisement professionnel.

Ce terme est introduit dans les années 1960 aux Etats Unis par Bradley, pour décrire un stress particulier, intense, lié aux conditions de travail dans les professions d'aide et de soins (1).

Il sera réellement défini en 1974 par Freudenberger, un psychanalyste américain, qui le décrit comme le fait de « ne pas y arriver ; s'user, être épuisé par une exigence excessive en énergie, force ou ressources » (2). Il dirigeait à ce moment-là un centre de jour accueillant des toxicomanes fonctionnant avec de jeunes volontaires. C'est chez ces jeunes volontaires que Freudenberger a pu décrire le burn-out (3).

En 2005, l'OMS le définit comme « sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail » (4).

Christina Maslach, une psychologue américaine, décrit le burn-out chez des personnes impliquées dans un travail d'accompagnement d'aide (1,3,5,6). Elle distingue 3 dimensions au burn-out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte d'accomplissement personnel.

L'épuisement émotionnel regroupe l'épuisement à la fois émotionnel, physique et psychique, ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes. L'individu se sent vidé.

La dépersonnalisation, ou le cynisme, est la déshumanisation des relations avec le patient, un désinvestissement accompagnée d'une vision négative des autres et de son travail.

La perte de l'accomplissement personnel est l'auto dévalorisation du soignant, le sentiment de ne pas parvenir à répondre correctement aux attentes des patients, avec une sensation d'échec permanent.

Christina Maslach crée d'ailleurs une échelle d'évaluation du burn-out, le Maslach Burn Out Inventory (Annexe 1), basé sur ces 3 composantes. Le MBI est l'échelle la plus utilisée pour l'évaluation du burn-out, et est validée dans sa version française (7,8).

Cette échelle d'autoévaluation se compose de 22 items. Chaque item est coté de 0 à 6 allant de « jamais » à « quotidien ». Chaque item permet d'explorer une des dimensions du burn-out.

L'épuisement émotionnel est coté par neuf items (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20) avec un total allant de 0 à 54. Un score supérieur ou égal à 30 est considéré comme élevé.

La dépersonnalisation est cotée par cinq items (5, 10, 11, 15 et 22) avec un total allant de 0 à 30. Un score supérieur ou égal à 12 est considéré comme élevé.

L'accomplissement personnel est coté par huit items (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, et 21) avec un total allant de 0 à 48. Un score inférieur ou égal à 33 est considéré comme faible. A l'inverse de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, un score faible d'accomplissement personnel correspond à un niveau élevé de burn-out.

Le tableau 1 présente les niveaux de score de l'échelle MBI pour chaque dimension du burn-out.

Tableau 1 : Niveau de score pour chaque dimension du burnout.

	Epuisement émotionnel (EE)	Dépersonnalisation (DP)	Accomplissement personnel (AP)
BO faible	EE ≤ 17	DP ≤ 5	AP ≥ 40
BO modéré	18 ≤ EE ≤ 29	6 ≤ DP ≤ 11	34 ≤ AP ≤ 39
BO élevé	EE ≥ 30	DP ≥ 12	AP ≤ 33

Source : Bontoux E, Niveau de score pour chaque dimension du burnout, 2016.

Un niveau élevé de burn-out dans une seule dimension suffit à affirmer son existence.

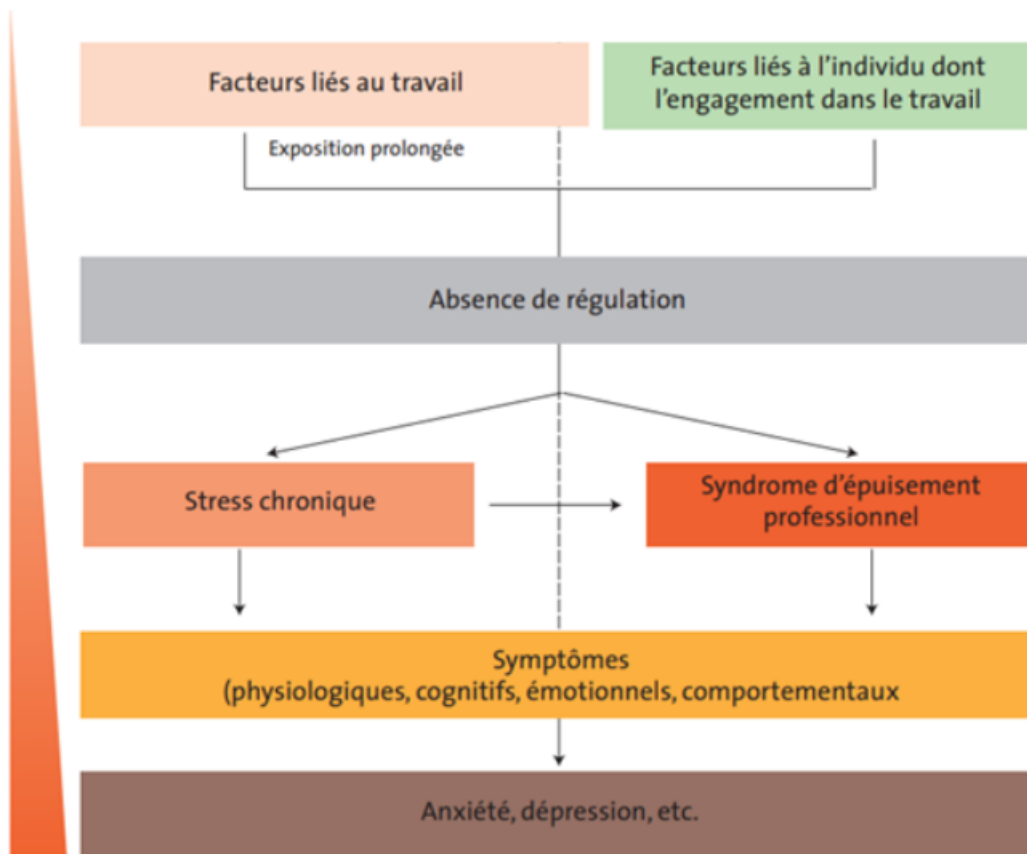
En revanche, le burn-out n'est pas un diagnostic retenu dans les classifications médicales, que ce soit dans la Classification internationale des maladies (CIM-10), ou dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association américaine de psychiatrie. Il est uniquement défini comme un ensemble syndromique.

En 2019, l'OMS décrit le burn-out comme un « phénomène lié au travail », mais n'est toujours pas classé parmi les maladies (10).

1.2 Facteurs de risque

L'épuisement professionnel provient de la rencontre entre un individu et une situation de travail dégradée. Il peut s'expliquer à la fois par des caractéristiques liées au travail et à l'individu.

Figure 1 : Le burnout, facteurs liés au travail et aux risques psychosociaux



Source : DGT, INRS, ANACT, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : Mieux comprendre pour mieux agir, 2015.

Les caractéristiques liées au travail sont les risques psychosociaux. Ils sont classés en six axes (1,6,11).

- Les exigences du travail. Ce qui comprend les contraintes liées au rythme de travail, le temps de travail et l'intensité, avec par exemple des délais ou objectifs irréalistes, des interruptions fréquentes dans le travail et une grande quantité de travail avec des horaires excessifs, empêchant la conciliation entre vie personnelle et professionnelle.

- Les exigences émotionnelles, que sont les contacts difficiles avec le public (personnes mécontentes, en détresse, ...), les violences physiques ou verbales, le fait de devoir cacher ses émotions ou afficher une émotion contradictoire à ce que l'on ressent.
- Le manque d'autonomie dans son travail, avec de faibles marges de manœuvre dans la manière de faire son travail, l'inadéquation entre les objectifs de travail et les responsabilités allouées, la « sous-utilisation » des compétences.
- Les mauvais rapports sociaux et mauvaises relations de travail. Le manque de soutien, de reconnaissance, d'encadrement, avec existence de conflits et de harcèlements.
- Les conflits de valeur : travailler dans des conditions que l'on désapprouve, un travail empêché, l'impression de ne pouvoir réaliser un travail de qualité.
- L'insécurité socioéconomique, que ce soit l'insécurité de l'emploi, le retard de versement des salaires, l'incertitude du maintien des conditions du travail ou de l'avenir du métier.

Les caractéristiques liées à l'individu ne semblent pas être liées au sexe, au niveau d'étude, au statut marital ou même à l'âge. En revanche les résultats des études sont plutôt convergents sur le fait que certains traits de personnalité influencent le burn-out, comme l'instabilité émotionnelle, ainsi que le caractère consciencieux (11-14).

1.3 Burn-out en France

En France, le burn-out est le deuxième groupe d'affection d'origine professionnelle dans la population salariée, après les affections de l'appareil locomoteur. Ce taux est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (3.4% chez les femmes versus 1.4% chez les hommes en 2012). Depuis 2007, il a été observé une augmentation constante chez les deux sexes (15,16).

1.4 Burn-out en médecine

Plusieurs études indiquent que les médecins généralistes sont, aussi, touchés par ce syndrome d'épuisement professionnel. Une étude menée en 2007 par le Dr Eric Galam, auprès de 10 000 médecins libéraux d'Ile de France, montrait que 53% de ces médecins se sentaient menacés par le burn-out (17). Une méta analyse faite sur 37 études de 2017 retrouve, quant à elle, une

prévalence de 49% pour le burn-out chez les médecins français (18). L'épuisement professionnel est donc majeur chez les professionnels de santé. Il est donc intéressant de s'inquiéter des conséquences pour le médecin et pour les patients.

L'étude de P Cathébras (19) retrouve que l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes est associé à des conduites addictives (alcool et psychotropes). La santé du médecin semble donc bien touchée.

Concernant la qualité des soins, l'étude d'E Galam de 2007 (17), retrouve que chez les médecins menacés par le burn-out, 82.6% décrivent comme conséquence une altération de la qualité de leurs soins.

En effet, dans différentes études, il est retrouvé que les médecins déprimés sont souvent réticents à l'idée de consulter, et reconnaissent être influencés dans leurs prises en charge, avec parfois, « des attitudes très négatives avec leurs patients » (20-22). Les médecins en burn-out répondent, aussi, moins bien aux questions des patients, les négligent plus, sont moins enclin à la discussion des différentes options thérapeutiques et commettent plus d'erreurs (23).

Deux études, plus récentes, sont aussi en faveur des mêmes conclusions. En 2017 O Yugero retrouve un meilleur contrôle de la pression artérielle chez les patients des médecins avec bas niveau de burn-out (24). Une méta analyse de 2018, M Panagioti retrouve, quant à elle, que le burn-out chez les médecins est associé à une moins bonne qualité de soins, à une augmentation d'incident concernant la sécurité du patient et à une moindre satisfaction de prise en charge de la part des patients (25).

Cet article a finalement été retiré en mai 2020 à la suite d'erreurs de saisies méthodologiques.

1.5 Objectifs de l'étude

Ce travail de thèse a pour objectif principal de trouver une corrélation entre le niveau de burn-out et la qualité de prise en charge.

Afin de pouvoir évaluer la qualité des soins de manière quantitative, nous avons choisi de nous appuyer sur les données des ROSP.

Les objectifs secondaires ont été de rechercher les facteurs de risque du burn-out, ainsi que l'existence d'un lien entre empathie et burn-out.

Il s'agit d'un projet commun de thèse, réalisé avec une co-interne, pour l'élaboration du questionnaire, sa diffusion, ainsi que le recueil des données. L'autre partie de la thèse consiste en la recherche d'un lien entre l'empathie du médecin et l'amélioration de la prise en charge des patients.

2 : Matériel et méthode

2.1 Population de l'étude

Nous avons réalisé une étude transversale et descriptive.

La population étudiée est constituée de médecins généralistes français. Il n'y a pas de critère d'exclusion.

Le recrutement des médecins s'est fait par réseau personnel, mailing liste et réseaux sociaux. Les questionnaires ont été distribués entre mars et septembre 2020, et ont été remplis par internet ou en version papier.

Les données de la ROSP leurs ont été demandées dans le questionnaire. Les praticiens pouvaient accepter ou refuser de transmettre leur ROSP. S'ils acceptaient, ces derniers étaient récupérés au cabinet (en main propre), par mail ou par téléphone selon le choix du praticien. Nous avons reçu 375 réponses au questionnaire. Parmi les 375 réponses, 156 praticiens ont accepté de transmettre leurs données de ROSP. Au total nous avons pu récupérer 72 résultats de ROSP.

La protection des personnes et l'aspect réglementaire de la recherche sont conservés.

2.2 Elaboration du questionnaire

Dans le cadre d'une thèse effectuée en collaboration avec une co-interne, qui étudiait le lien entre l'empathie et la pratique clinique, nous avons réalisé un questionnaire en 3 parties (Annexe 2). Nous avons élaboré la première partie, la deuxième partie est le questionnaire évaluant l'empathie (Jefferson Scale of Physician Empathy) et la troisième partie est le questionnaire évaluant le burn-out (le MBI).

- Le questionnaire que nous avons élaboré contient :
 - des données sociodémographiques : âge et sexe du médecin.
 - des données personnelles : fratrie et écart d'âge, relation dans la fratrie, existence d'une maladie chronique dans la fratrie, animal de compagnie, foyer, timidité, activité d'expression, problème de santé ou relationnel.

- des questions relatives à la vie professionnelle : nombre d'acte par jour, impression sur le temps de travail, participation à un groupe balint, relation et communication avec les patients.
- des questions relatives à la ROSP : intérêt du bon suivi de la ROSP, intérêt à faire réaliser le fond d'œil et l'examen des pieds chez les patients diabétiques ainsi que la protéinurie chez les patients hypertendus, intérêt du dépistage des troubles sensoriels chez les enfants et l'intérêt de la limitation de la prescription d'antibiotique.
- Le questionnaire mesurant l'empathie, la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE). Ce questionnaire a initialement été créé pour mesurer l'empathie des étudiants en médecine. Il a ensuite été modifié puis validé pour mesurer l'empathie des praticiens. Sa version française est validée uniquement depuis 2013. Il s'agit d'une échelle composée de 20 questions avec mesure par échelle de Likert. Chaque réponse comprend 7 choix allant « pas du tout » à « tout à fait » et permet de mesurer l'empathie sur ses 3 composantes : la prise de perspective, la compréhension émotionnelle et la capacité de se mettre à la place du patient (26).
- Le questionnaire MBI décrit précédemment.

2.3 La Rémunération sur objectifs de santé publique

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), a été créée en 2011, avec pour objectif de faire évoluer les pratiques en accord avec les recommandations. Les indicateurs ont été revus à plusieurs reprises depuis sa création, pour permettre de valoriser les praticiens ayant des pratiques en rapport avec les objectifs définis (27-29).

La ROSP pour l'adulte comprend 29 indicateurs répartis en trois thèmes : suivi des maladies chroniques, prévention et optimisation des prescriptions.

Le suivi des maladies chroniques comprend le suivi du diabète (avec par exemple le suivi du dosage de l'HbA1c chez le diabétique ou le fond d'œil) ou des patients à haut risque cardiovasculaire.

La prévention comprend la couverture vaccinale, le dépistage des cancers (cancer du sein, colorectal, et du col de l'utérus), la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, de l'antibiorésistance, ainsi que la prise en charge des addictions.

L'efficience comprend la part des médicaments prescrits dans le répertoire des génériques, la prescription des biosimilaires, ainsi que l'efficience des prescriptions.

La ROSP pour l'enfant comprend, quant à elle, des indicateurs répartis en deux thèmes : le suivi des pathologies chroniques et la prévention.

Chez l'enfant les pathologies chroniques concernent l'asthme.

La prévention comprend la vaccination, le risque d'obésité, le dépistage des troubles sensoriels, l'antibiorésistance, ainsi que la santé bucco-dentaire.

Les indicateurs de la ROSP sont, soit transmis automatiquement par le logiciel du médecin, soit auto déclarés pour 4 items chez l'adulte et 3 chez l'enfant (examen des pieds chez le patient diabétique, évaluation du risque cardiovasculaire avant prescription de statines, part des patients tabagiques, consommation excessive d'alcool, mesure de l'IMC et dépistage des troubles visuels, auditifs ou du langage).

Ces résultats ne concernent que les patients pour qui le médecin est le médecin traitant.

Chaque indicateur a un objectif intermédiaire ainsi qu'un objectif cible, avec un minimum de patients nécessaires afin de valider les résultats et un nombre de points correspondant à l'indicateur.

Le tableau 2 montre un exemple d'objectif de la vaccination antigrippale chez les patients âgé de plus de 65 ans.

Tableau 2 : Exemple de d'objectif pour la prévention de la grippe chez les patients de plus de 65 ans « ROSP médecin traitant de l'adulte ».

Grippe			
Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière			
Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuilm minimal	Points
49 %	≥ 61 %	5 patients	20

Source : L'assurance maladie, la ROSP du médecin traitant de l'adulte, 2020.

La rémunération du médecin est ensuite calculée en fonction du nombre de points obtenus, pondérés par la progression réalisée et par le volume de la patientèle du médecin (28).

Tout médecin peut refuser de participer et de percevoir la ROSP. Pour cela, il lui suffit d'envoyer un courrier à sa caisse de rattachement.

Chaque année, les médecins peuvent récupérer leurs résultats sur leur espace AmeliPro et avoir une vue d'ensemble sur leur pratique.

2.4 Méthode statistique

Une première analyse univariée descriptive a d'abord été réalisée afin d'évaluer les caractéristiques des médecins répondants.

Puis l'analyse des données a été réalisée avec le logiciel R.

Le test utilisé est le test de Mann Whitney : nous avons séparé les personnes répondant au questionnaire en 2 populations, en burn-out ou sans burn-out, (considéré en burn-out si le score est élevé d'après les critères du MBI c'est-à-dire épuisement émotionnel ≥ 30 , dépersonnalisation ≥ 12 ou accomplissement personnel ≤ 33) et comparé face aux différents critères.

Le seuil de significativité défini est de 5%.

3 : Résultats

3.1 Caractéristiques de la population

Entre mars et septembre 2020, 375 médecins ont répondu au questionnaire, parmi ces 375 réponses, nous avons récupéré en supplément 72 résultats de ROSP.

Les caractéristiques de la population de l'étude sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Caractéristiques socio démographiques des médecins.

		Effectifs(<i>n</i> = 375)	Pourcentage(%)
Sexe	Masculin	97	26%
	Féminin	278	74%
	NR*	0	0%
Age	25-35ans	167	46%
	36-45ans	87	23%
	46-55ans	54	14%
	56-65ans	54	14%
	≥ 65ans	13	3%
	NR*	0	0%
Status conjugal	Célibataire	65	17%
	En couple	305	81%
	NR*	5	2%
Nombre d'actes journalier	≤ 5	3	1%
	entre 6 et 15	31	8%
	entre 16 et 25	206	55%
	entre 26 et 35	108	29%
	entre 36 et 45	20	5%
	entre 46 et 55	7	2%
Handicap	Oui	43	11%
	Non	332	89%
Epuisement Emotionnel	< 30	200	53%
	≥ 30	175	47%
Depersonnalisation	< 12	192	51%
	≥ 12	183	49%
Accomplissement personnel	> 33	366	98%
	≤ 33	9	2%
Burnout	Oui	241	64%
	Non	134	36%

		Effectifs(<i>n</i> = 375)	Pourcentage(%)
PP	≤ 20	1	1%
	entre 21 et 40	13	3%
	entre 41 et 60	262	70%
	entre 61 et 70	99	26%
CE	≤ 20	1	1%
	entre 21 et 35	19	5%
	entre 36 et 50	301	80%
	entre 51 et 56	54	14%
SipS	≤ 5	5	3%
	entre 6 et 10	137	37%
	entre 11 et 15	226	60%
Empathie (PP + CE + SipS)	Total ≥ 120	96	26%
	Total < 120	279	74%

Source : réalisation personnelle

La majorité des répondants au questionnaire sont des femmes (74%), la tranche d'âge la plus représentée est 25-35 ans avec un âge moyen de 41.7 ans. La plupart d'entre eux vit en couple (81%).

En ce qui concerne la vie au cabinet, pour la majorité d'entre eux, le nombre d'actes journaliers se situe 16 à 25 (55%) suivi de 26 à 35 (29%).

L'analyse concernant le burn-out retrouve 64% de médecin en burn-out, le burn-out touchant, pour la plupart,

la composante de l'épuisement émotionnel ou de la dépersonnalisation, comme décrit dans le tableau 4. La composante de l'accomplissement personnel reste peu touchée.

Tableau 4 : Niveau de score retrouvé selon les dimensions du burnout

	Epuisement émotionnel (EE)	Dépersonnalisation (DP)	Accomplissement personnel (AP)
BO faible et modéré	53%	51%	98%
BO élevé	47%	49%	2%

Source : Réalisation personnelle

3.2 Analyse des données

Le tableau 5 regroupe toutes les différences significatives retrouvées entre le groupe de médecins en burn-out et le groupe de médecins sans burn-out.

Tableau 5 : Résultats significatifs de l'analyse univariée des médecins répondants en burn-out ou sans burn-out

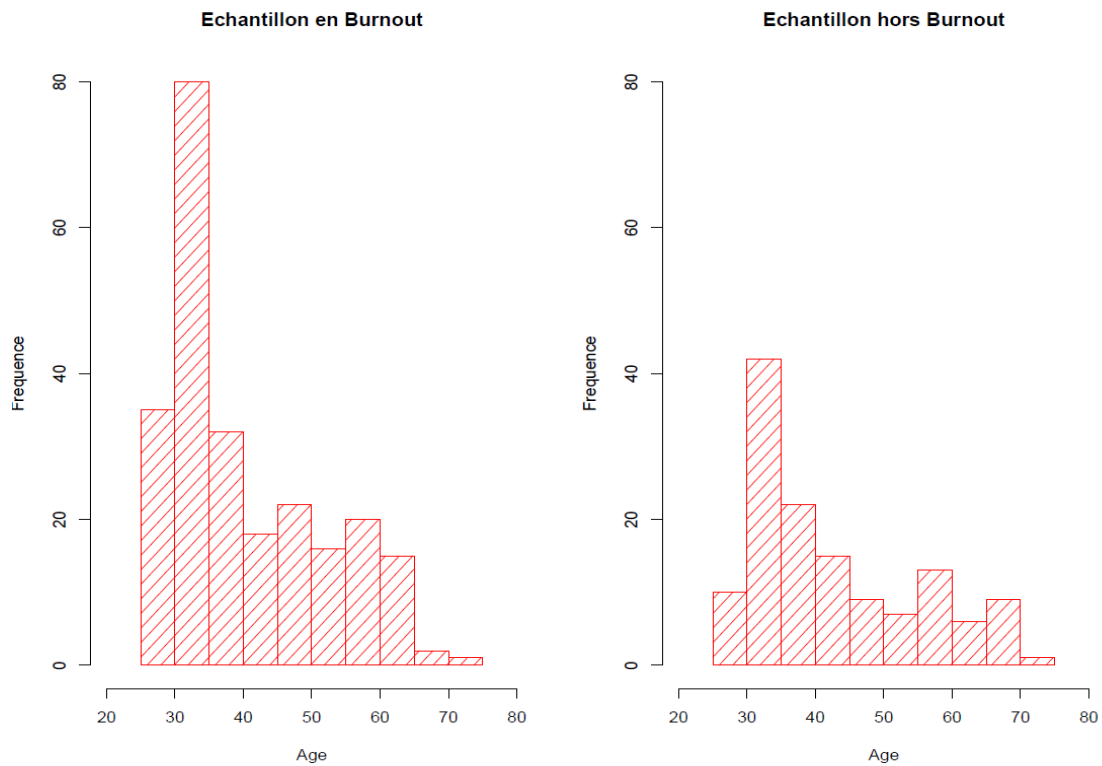
Variabiles	Medecins en BO	Intervalle de confiance à 95%	P-value
Age	⊕ jeunes	$[-3 ; -5.36 \times 10^{-5}]$	0,04391
Timidité	⊕ timides	$[-7.14 \times 10^{-6} ; -2.30 \times 10^{-5}]$	0,00733
Nombre d'actes journalier	⊕ d'actes/j	$[9.27 \times 10^{-5} ; 3]$	0,01745
Travail	⊕ de temps travaillé	$[1.24 \times 10^{-5} ; 9.99 \times 10^{-1}]$	$1,36 \times 10^{-08}$
Balint	⊕ d'adhésion	$[-4.28 \times 10^{-5} ; 7.91 \times 10^{-5}]$	0,02576
Affection	⊖ de réciprocité d'affection	$[-9.99 \times 10^{-1} ; -4.09 \times 10^{-1}]$	0,01601
Nombre d'actes	majoration du nombre d'actes	$[1.60 \times 10^{-5} ; 1.999961]$	0,02087
Satisfaction	⊖ de satisfaction au travail	$[-9.99 \times 10^{-1} ; -2.01 \times 10^{-5}]$	$3,03 \times 10^{-06}$
Dépistage d'enfant	⊕ d'importance du dépistage	$[-6.66 \times 10^{-5} ; -7.63 \times 10^{-6}]$	0,01300
Génériques Globaux	⊖ de génériques	$[-5.0950026 ; -0.4899308]$	0,02195
SipS	⊖ élevé	$[-1 ; -2.41 \times 10^{-5}]$	0,00773

Source : Réalisation personnelle

3.2.1 Vie personnelle

En ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques pour le burn-out, les résultats nous indiquent que les médecins plus jeunes sont à priori plus touchés ($p=0,04$), avec une moyenne de 40,88 ans pour les médecins en burn-out contre 43.06 ans pour les médecins sans burn-out (figure 2).

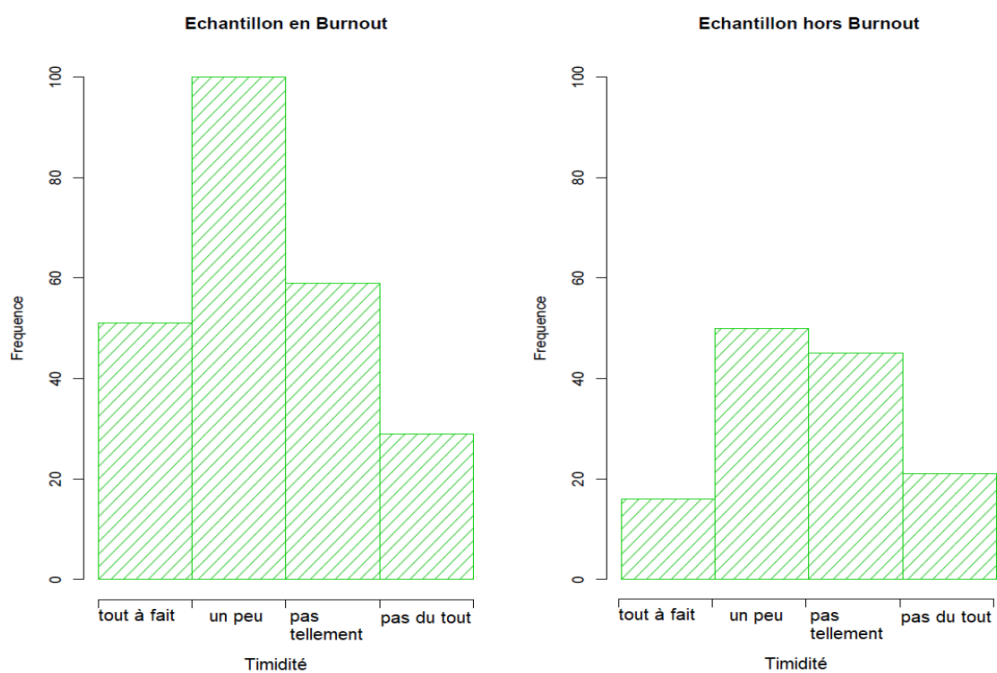
Figure 2 : Age chez les médecins avec ou sans burn-out



Source : Réalisation personnelle

La timidité serait aussi un facteur favorisant ($p=0.007$).

Figure 3: Timidité chez les médecins avec ou sans burn-out

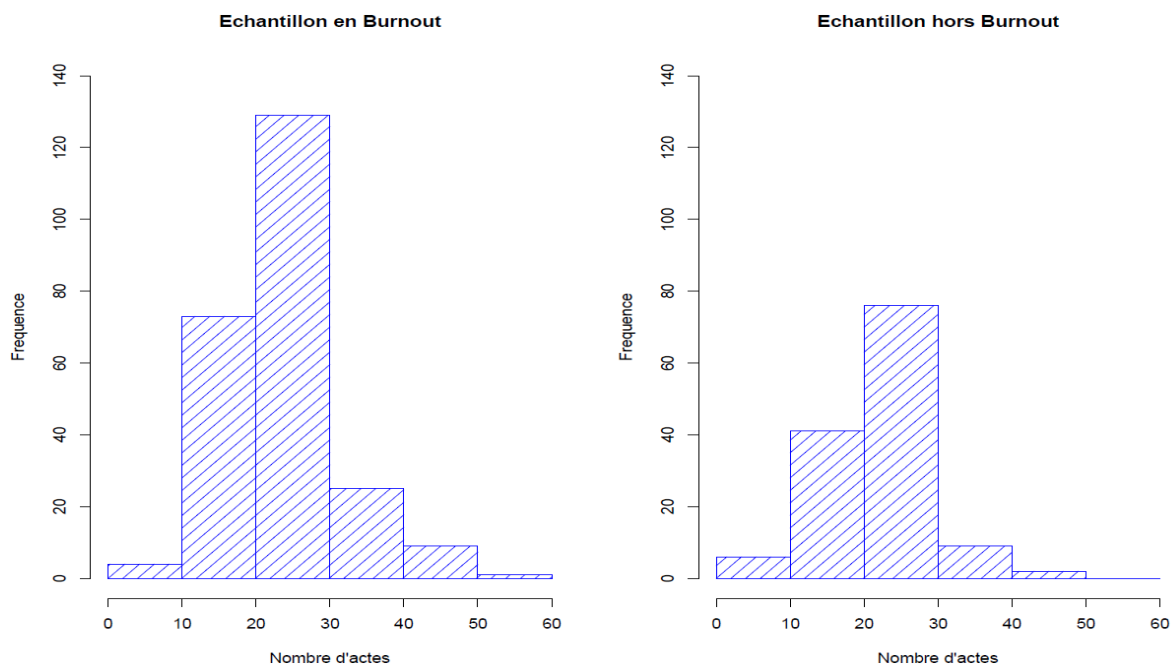


Source : Réalisation personnelle

3.2.2 Vie professionnelle

Une différence significative du nombre d'acte journalier est retrouvée entre les médecins avec ou sans burn-out ($p=0.017$). La moyenne d'acte effectué par les médecins en burn-out est de 26.06 alors qu'elle est de 23.93 pour les médecins sans burn-out (figure 4).

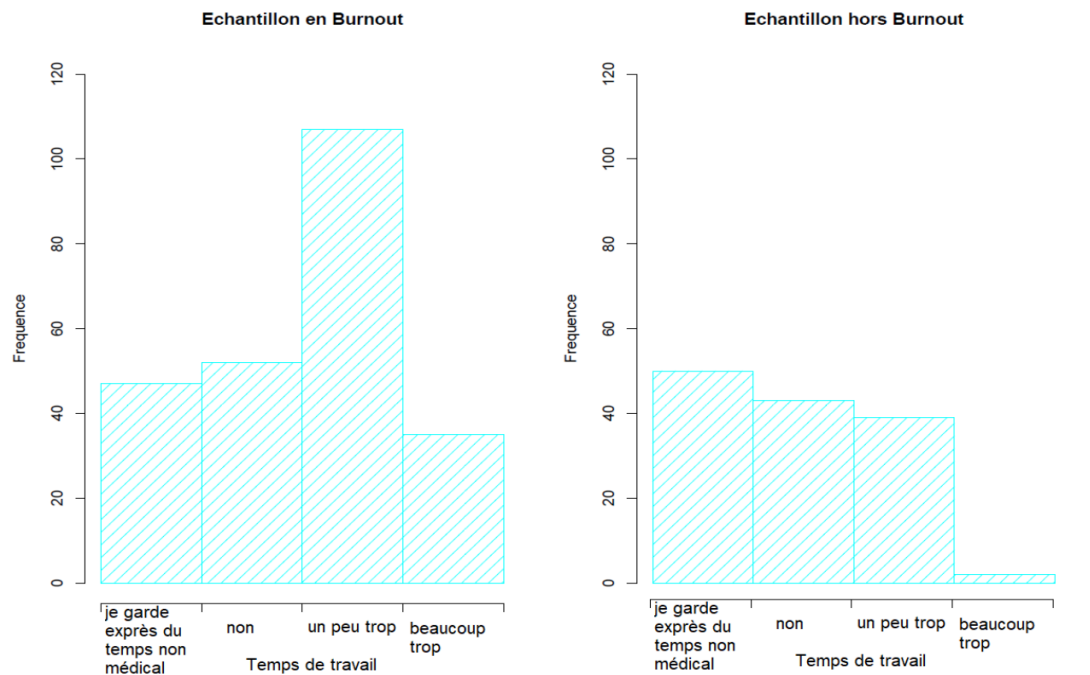
Figure 4: Nombre d'acte journalier chez les médecins avec ou sans burn-out



Source : Réalisation personnelle

On observe aussi une différence significative ($p= 1.36 \times 10^{-8}$) sur le temps de travail estimé, les médecins en burn-out ont la sensation de travailler trop comme nous pouvons le voir sur la figure 5.

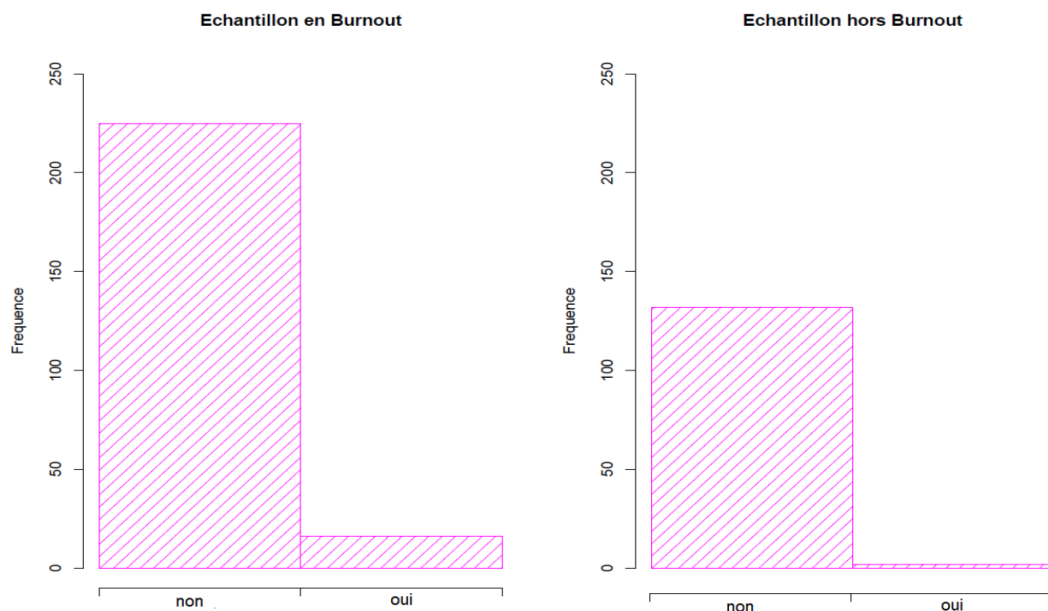
Figure 5: Estimation du temps travaillé chez les médecins avec ou sans burn-out



Source : Réalisation personnelle

On observe que les médecins en burn-out ont été plus nombreux à rejoindre un groupe balint lors des 2 années précédentes ($p= 0.026$).

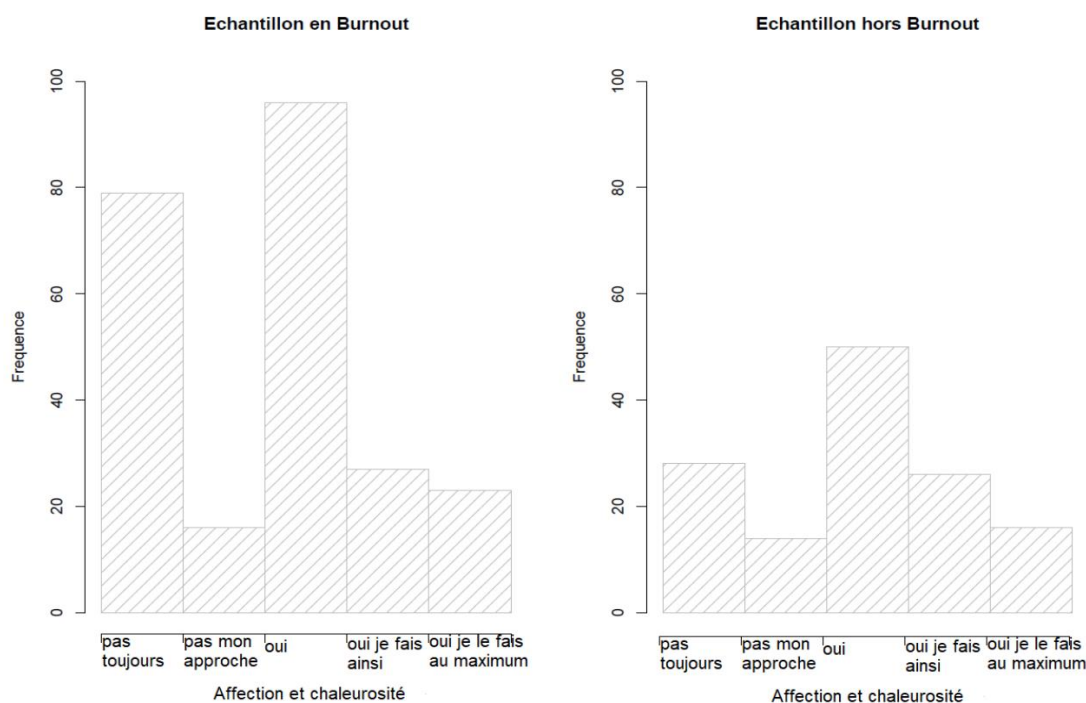
Figure 6: Adhésion à un groupe Balint sur les 2 dernières années chez les médecins avec ou sans burn-out



Source : Réalisation personnelle

Les médecins en burn-out ressentent moins de réciprocité dans l'affection transmise à leur patient $p=0.016$.

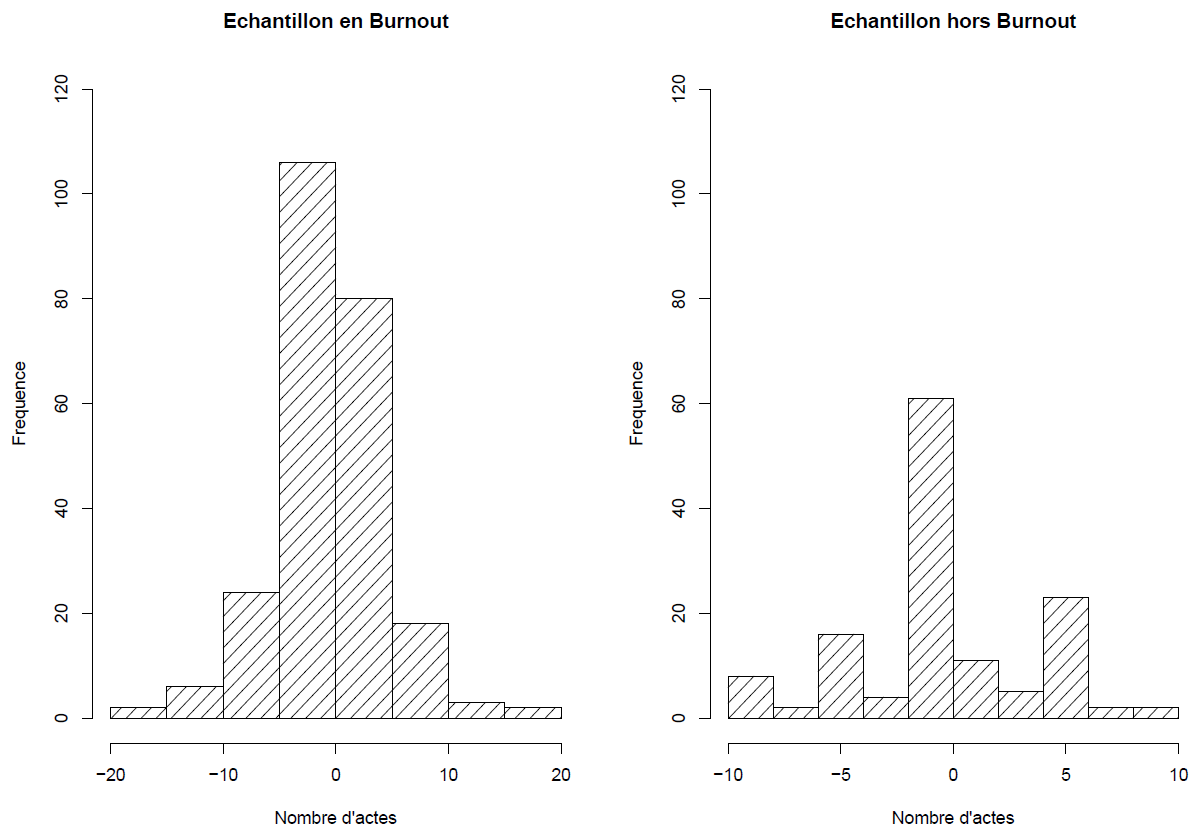
Figure 7: Réciprocité de l'affection envers les patients chez les médecins avec ou sans burn-out



Source : Réalisation personnelle

Les médecins en burn-out ont une augmentation du nombre d'actes moyens de +1.37 au cours des 2 dernières années. Chez les médecins sans burn-out cette augmentation est de 0.059.

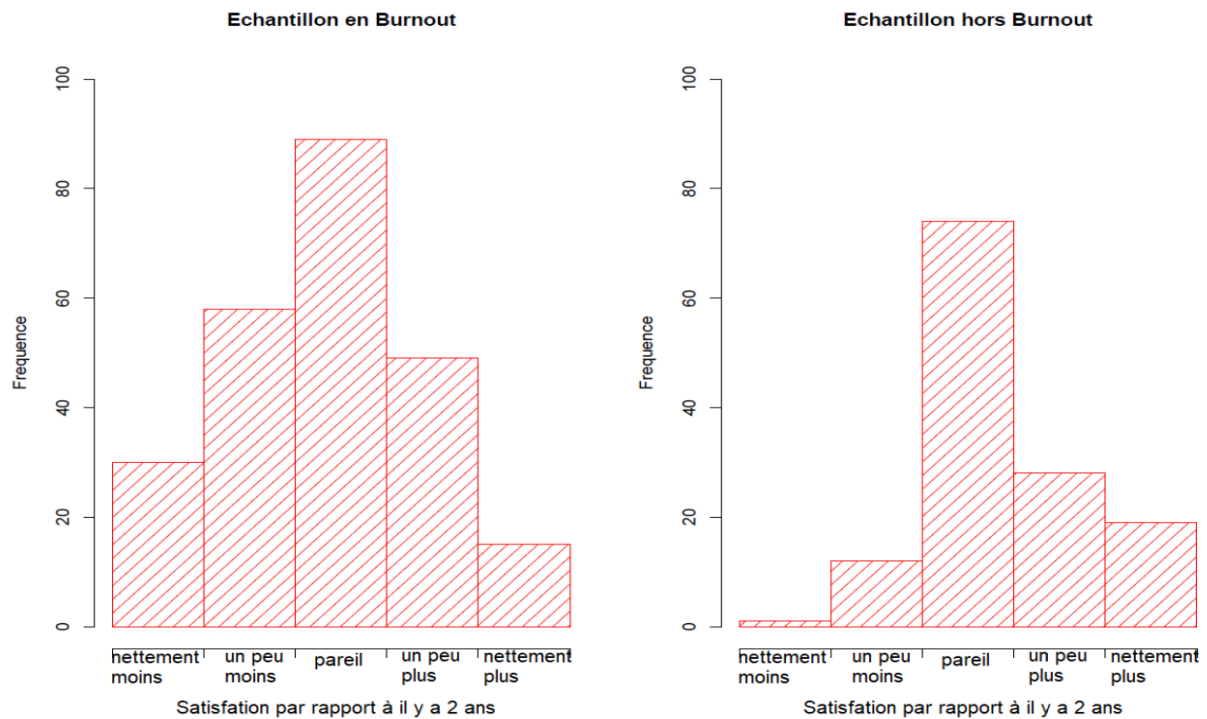
Figure 8: nombre d'actes par rapport aux deux dernières années chez les médecins avec ou sans burn-out



Source : Réalisation personnelle

La satisfaction professionnelle des médecins en burn-out est significativement moins bonne sur les deux dernières années ($p= 3.03 \times 10^{-6}$).

Figure 9: Evolution de la satisfaction professionnelle au cours des 2 dernières années chez les médecins avec ou sans burn-out

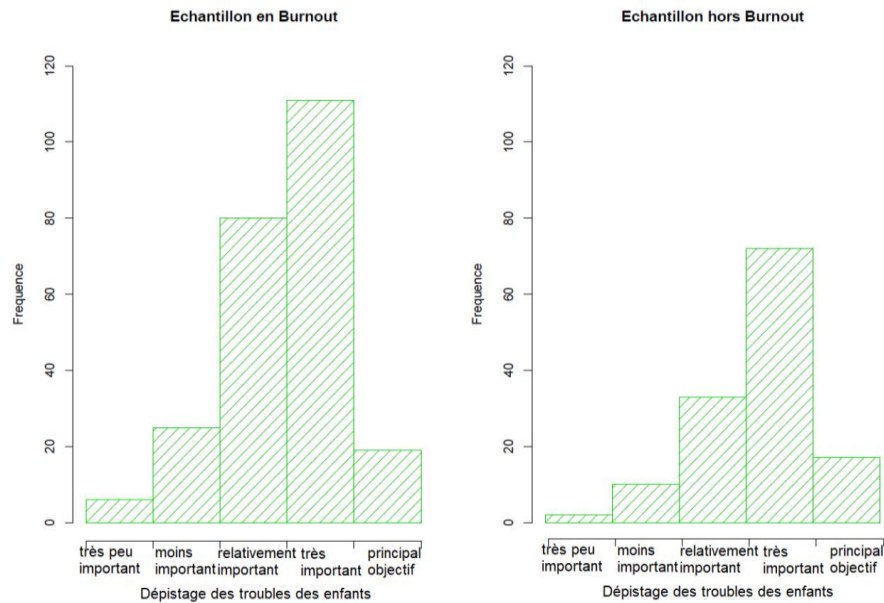


Source : Réalisation personnelle

3.2.3 Suivi des patients

Les médecins en burn-out accordent significativement plus d'importance ($p=0.013$) au dépistage des troubles visuels auditifs et du langage chez les enfants (figure 10).

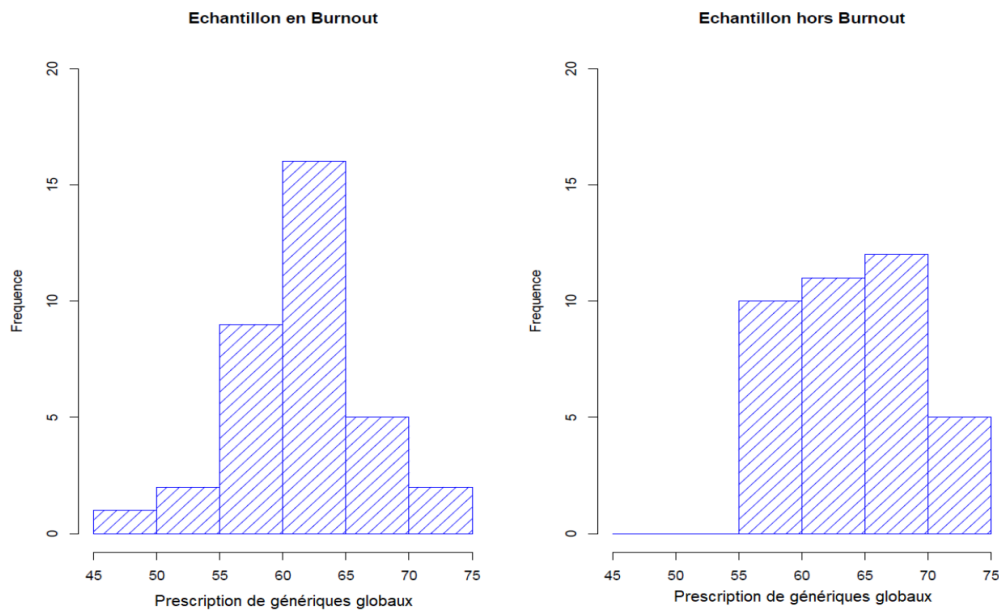
Figure 10: Importance du dépistage des troubles visuels auditifs et du langage chez les enfants chez les médecins avec ou sans burn-out



Source : Réalisation personnelle

Les médecins en burn-out prescrivent significativement moins de génériques ($p=0.022$) que les médecins sans burn-out (figure 11).

Figure 11: Prescription de génériques chez les médecins avec ou sans burn-out

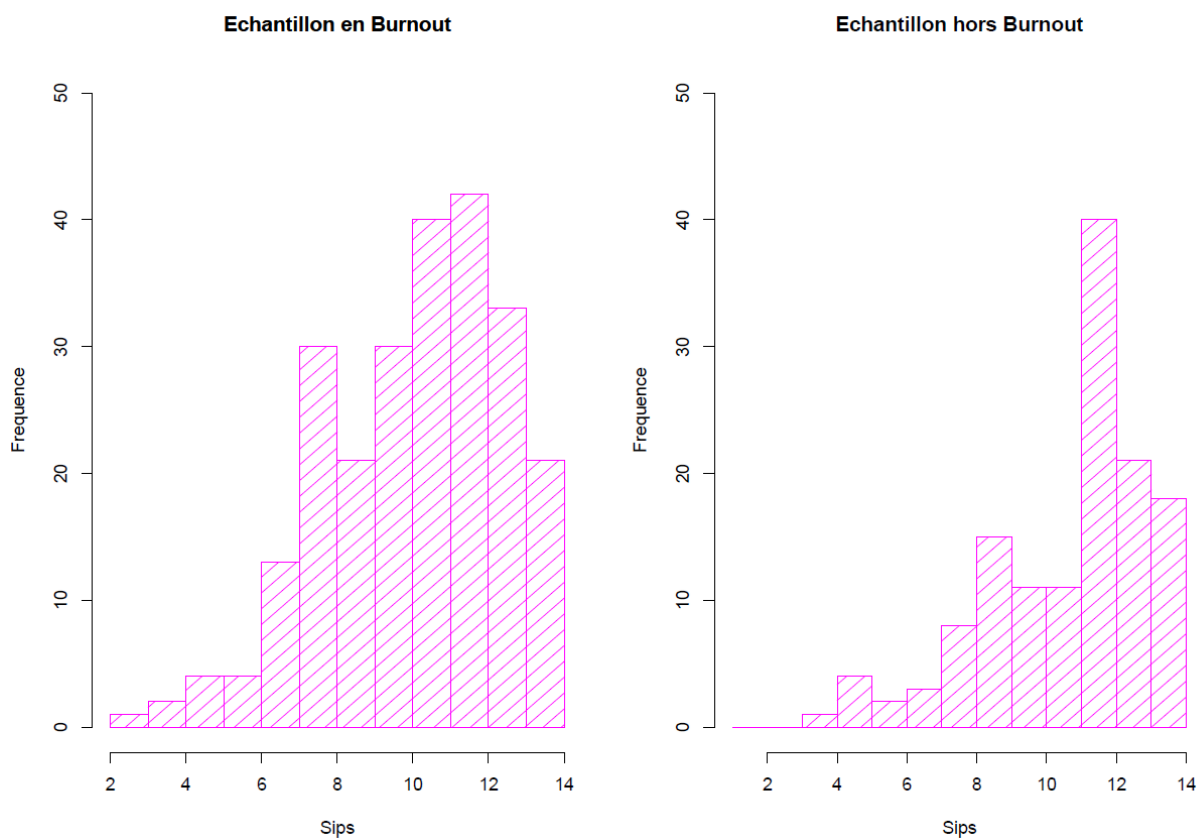


Source : Réalisation personnelle

3.2.4 Lien entre l'empathie et le burn-out

Dans notre étude, le lien retrouvé entre le burn-out et l'empathie, est sur la sous partie de l'empathie : se mettre à la place du patient. En effet, nous retrouvons une capacité à se mettre à la place du patient légèrement plus élevée chez les médecins sans burn-out (moyenne à 10.54 en burn-out versus 11.13 sans burn-out).

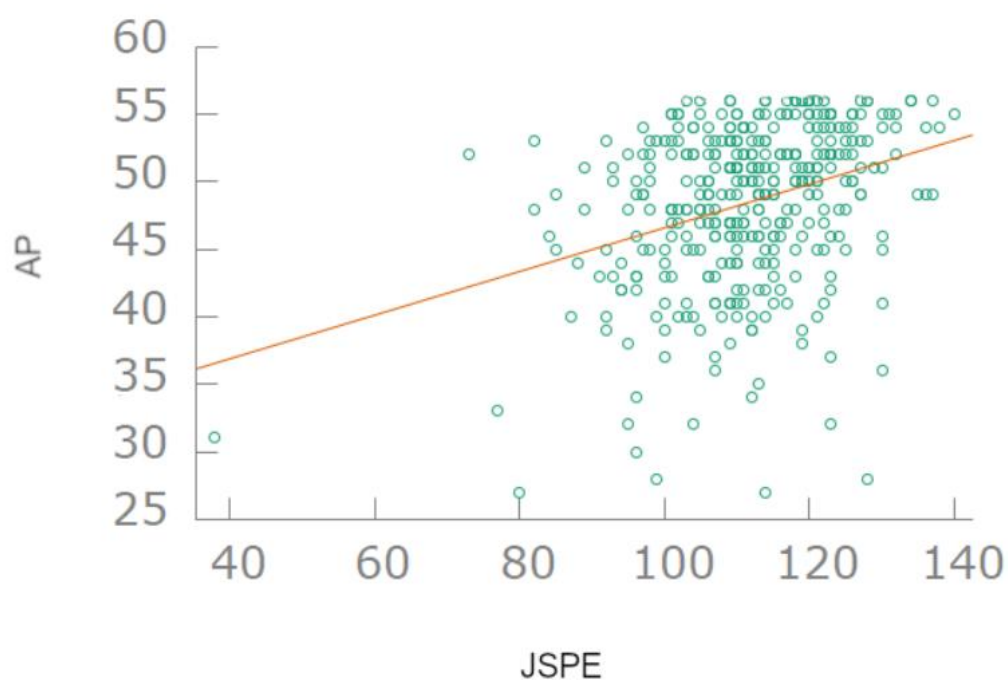
Figure 12: Capacité à se mettre à la place des patients chez les médecins avec ou sans burn-out



Source : Réalisation personnelle

L'analyse sur l'empathie des médecins et la pratique clinique des médecins effectuée par ma co-interne, retrouve une amélioration de l'accomplissement personnel proportionnelle au niveau d'empathie (figure 12).

Figure 13: Accomplissement personnel en fonction du niveau d'empathie



Source : Langer C, Lien entre l'empathie du médecin généraliste et sa pratique clinique, 2021.

Il n'est pas retrouvé de différence significative sur la construction familiale du médecin ou sur sa communication avec le patient qu'il soit ou non en burn-out.

4 : Discussion

4.1 Forces et faiblesses de l'étude

4.1.1 Recrutement

Lors de notre étude, nous avons obtenu un nombre important de réponses (375) grâce à la diffusion faite par les réseaux sociaux. Il faut cependant souligner que la population touchée par ces réseaux, n'est pas représentative de la population des médecins généralistes actuelle, puisqu'elle est beaucoup plus jeune.

Les dernières données, datant de 2019, retrouvent un âge moyen de 51 ans chez les médecins généralistes français (47 ans chez les femmes et 55 ans chez les hommes).

La répartition homme / femme, quant à elle, est de 48% de femmes en médecine générale et 52 % d'hommes (30).

Dans notre étude l'âge moyen retrouvé est 41.7 ans, avec 74 % de femmes.

Le nombre moyen de consultations quotidiennes chez les généralistes est de 22, d'après une étude de 2017 de doctolib qui a analysé de façon anonyme l'agenda de 2480 généralistes sur un an (31). Dans notre population le nombre d'acte journalier moyen est de 25.8.

Le moyen de diffusion choisi nous a donc permis de recueillir un nombre important de réponses, mais en limitant la représentativité de notre panel.

4.1.2 ROSP et biais

Nous avons choisi d'utiliser la ROSP afin d'obtenir des données objectives pour représenter l'efficience du médecin. Ce choix est discutable, mais nous l'avons fait afin d'obtenir des données objectives et accessibles et analysables. Nous avons conscience que la ROSP n'est pas un reflet des capacités réelles du médecin, et qu'elle présente des limites dans la représentativité de la qualité des soins. En effet, les données sont déclaratives, ses objectifs sont définis par la sécurité sociale avec différents objectifs, mais aussi celui de limiter les dépenses en santé (comme par exemple augmenter la prescription de génériques).

Ces données de ROSP nous ont été peu transmises puisque, sur les 375 réponses, nous n'avons récupéré que 72 résultats de ROSP.

4.1.3 Contexte COVID

Nous devons aussi noter que le contexte du COVID a pu avoir un impact sur les réponses des médecins, car le questionnaire a été diffusé à partir de mars 2020, juste avant le début du confinement.

4.2 Comparaison du burn-out dans l'étude et en France

Le taux de burn-out dans notre étude est de 64%, bien supérieur aux études dans lesquelles le taux allait de 49 à 53% (17,18,32,33). On peut envisager qu'il existe un biais de recrutement dans la constitution de notre panel : les questionnaires étant remplis sur la base du volontariat, le caractère consciencieux des médecins en burn-out peut les avoir poussé à y répondre malgré la charge de travail déjà importante. Les médecins en burn-out peuvent donc être surreprésentés.

Dans une étude de 2020 (33) 49% des médecins interrogés se sentent en burn-out (défini comme un sentiment d'épuisement physique, émotionnel ou mental, de frustration et de cynisme par rapport à son travail, et comme l'expression de doutes sur ses compétences et sur la valeur de son métier). Ce taux a très largement augmenté ces dernières années. En effet il est passé de 30% en 2016 et 2018 à quasiment 50% en 2020. Cette étude (33) retrouve un taux supérieur de femme en burn-out par rapport aux hommes (56%) et des tranches d'âge plus touchées : premièrement les 40-54 ans (56%), puis les 25-35 ans (52%) et enfin les 55-73 ans (43%). Des résultats similaires étaient observés dans l'étude de l'URML de 2007 chez les médecins libéraux franciliens (17), où 57.5% des 45-50 ans se sentaient menacés par le burn-out, alors qu'ils n'étaient plus que 39.5% après 60 ans.

Nous retrouvons, dans notre étude, des résultats concordants, avec un âge moyen plus faible dans le groupe burn-out que dans le groupe sans burn-out (40.88 ans vs 43 ans).

Or, les données du burn-out pour la population générale sont plutôt inversées (34). Sur un sondage de près de 1000 actifs, les données de 2014 retrouvaient que 21% des femmes et 11% des hommes se sentaient émotionnellement vidés par leur travail, avec une prédominance chez les plus de 50 ans (18%).

Le portrait type de la population générale française en burn-out est une femme quinquagénaire, mère de famille et agricultrice.

Les facteurs de risque du burn-out semblent donc être différents en médecine et dans la population générale.

4.3 Facteurs de risque du burn-out identifiés

Les facteurs de risque du burn-out retrouvés dans notre étude sont la timidité, la charge de travail plus élevée, avec plus de consultations journalières chez les médecins en burn-out que sans burn-out (26 vs 24), ainsi qu'une augmentation du nombre d'actes au cours des deux dernières années.

Cette charge de travail supplémentaire concorde avec les données de l'épuisement émotionnel du médecin et les facteurs de risques extrinsèques du burn-out (1,6,11).

Dans les facteurs de risque intrinsèques au burn-out, nous retrouvons le trait de personnalité consciencieux, avec de fortes exigences envers eux même, et un certain perfectionnisme (3,6,12), qui pousse probablement le médecin à prendre plus de patients malgré une journée de travail déjà bien remplie. Ceci est reflété par le nombre d'actes journaliers plus important, ainsi que l'augmentation des consultations constatée depuis 2 ans.

La charge supplémentaire de travail est ainsi à la fois une cause et une conséquence des patients plus à risque de burn-out.

4.4 Composantes du burn-out

Dans notre étude, chez les 64% de médecin en burn-out, nous remarquons que les domaines touchés sont principalement l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, répartis de manière équitable (47% vs 49%). Mais nous constatons, en décalage avec les données de la littérature, que la composante de l'accomplissement personnel est peu touchée, avec uniquement 2% présentant un niveau de burn-out élevé sur cette composante.

Les études présentent des données divergentes. Le travail d'E Boutoux de 2016 (9) qui recherchait la prévalence et les facteurs de risque du burn-out chez des médecins du Gers, retrouvait une répartition à peu près équitable dans les 3 composantes du burn-out : 26.2% d'épuisement émotionnel, 22.3% de dépersonnalisation et 20% de perte d'accomplissement personnel (évalué sur 130 généralistes). De même sur une étude de 2008 de D Truchot (32) qui trouvait, sur 259 généralistes, une répartition chez les médecins en burn-out de 25.4%

d'épuisement émotionnel, 33% de dépersonnalisation et 30% de perte d'accomplissement personnel.

En revanche, dans d'autres études, l'accomplissement personnel dans le travail reste bon chez une grande partie des médecins (35-37). Dans notre étude, l'accomplissement personnel reste, malgré tout, très élevé par rapport à ces dernières.

La jeunesse de notre panel et le faible impact sur l'accomplissement personnel retrouvé dans notre étude, soulèvent la question d'une temporalité dans l'apparition des différentes dimensions du burn-out chez les médecins, où le retentissement sur l'accomplissement personnel apparaîtrait en dernier lieu. La question de temporalité du burn-out a déjà été évoquée, mais est très peu documentée. Cependant, si une telle temporalité se confirmait, elle confèrerait au retentissement sur l'accomplissement personnel un caractère de gravité pour le burn-out. Cette notion corroborerait l'étude P Cathébras (19) selon laquelle la satisfaction au travail jouerait un rôle protecteur dans l'épuisement émotionnel.

4.5 Conséquences du burn-out

D'après nos résultats, il ne ressort pas de différence significative sur qualité de la prise en charge des patients. Il semblerait d'ailleurs que les médecins accordent significativement plus d'importance au dépistage des troubles visuels auditifs et du langage chez les enfants, mais ces données ne sont pas retrouvées dans l'analyse des résultats de la ROSP (avec un biais sur les résultats, car comme décrit précédemment nous n'avons récupéré que peu de ROSP). Le caractère consciencieux et investit des personnes à risque de burn-out peut expliquer le fait que les médecins ne prennent pas moins bien en charge les patients, l'envie de toujours faire au mieux les surinvestissant dans leur travail.

Mais ces résultats sont différents de ceux obtenus dans plusieurs études, qui retrouvent une dégradation de la qualité des soins chez les médecins en burn-out (17,19,23), avec notamment dans l'étude de O Yugero (24) un moins bon contrôle de la pression artérielle chez les patients dont le médecin a un plus haut niveau de burn-out. La méta analyse de M Panagioti (25) retrouvait aussi, chez les médecins en burn-out, une moins bonne qualité des soins. Mais cette étude a finalement été retirée en raison de failles dans le processus d'analyse.

Les résultats de notre étude sont peut-être biaisés par les caractéristiques de notre panel, pour qui l'accomplissement personnel au travail est très peu touché.

L'adaptation de la communication envers les patients ne semble pas non plus modifiée, mais la relation avec le patient semble, elle, modifiée, avec notamment la sensation d'une moindre reconnaissance des patients. Cette altération de la relation médecin-malade était aussi retrouvée dans l'étude de 2007 (17), et était décrite dans 84.4% des cas.

Le médecin ne semble donc pas dangereux pour ses patients, mais plutôt nocif pour lui-même. Notre questionnaire ne comportait pas de questions relatives aux retentissements sur les conduites addictives des médecins, mais d'après différentes études, ces conduites seraient majorées. D'après l'étude de P Cathébras (19), il semblerait que l'épuisement professionnel et, en particulier, la composante d'épuisement émotionnel, est associé à des consommations excessives d'alcool, ainsi que des prises de psychotropes. De même, il est retrouvé (17) que les médecins qui se sentent menacés par le burn-out consomment plus de tabac, d'alcool ou prennent plus de médicaments comme moyen de protection du burn-out.

Comme dans notre étude, il est retrouvé que les médecins en burn-out ont plus rejoint de groupe Balint. Mais cette différence, dans notre étude, est très faible (3.6% à rejoindre un groupe Balint chez les médecins en burn-out versus 2.7% chez les médecins sans burn-out). Le médecin ne le fait alors probablement pas volontairement, et on peut se poser la question de leur prise de conscience du besoin de prise en charge. C'est pourquoi des mesures de dépistage devraient être mises en place.

4.6 Lien entre empathie et burn-out

Dans notre étude, nous retrouvons que les médecins en burn-out se mettent légèrement moins (10.54 chez les médecins en burn-out versus 11.13 chez les médecins sans burn-out) à la place du patient. Ceci va dans le même sens que l'étude de D Truchot, qui montre que les médecins généralistes épuisés sont moins enclins à se mettre à la place du patient et se protègent en gardant une distance avec eux (38). Plusieurs études ont montré que, plus le niveau de burn-out est élevé, plus l'empathie clinique des médecins est faible (26,38,39).

Mais différentes hypothèses existent concernant le lien entre l'empathie et le burn-out (40). Les trois hypothèses sont : le burn-out inhibe l'empathie (comme retrouvé ici), l'empathie engendre le burn-out et l'empathie protège du burn-out.

L'hypothèse selon laquelle l'empathie engendre le burn-out vient de l'hypothèse qu'un niveau élevé d'empathie provoque une fatigue d'écoute, dite « fatigue compassionnelle ». Cette hypothèse repose plus sur une définition de l'empathie mettant l'accent sur le côté affectif,

et où le médecin prodigue des soins de compassion. Cette hypothèse est plus controversée et suggère qu'il existe différents types d'empathie. Toutefois, si un type d'empathie semble mener au burn-out, un niveau d'empathie adapté pourrait au contraire protéger les soignants du burn-out (40).

Ce qui conduit à la troisième hypothèse, l'empathie protège du burn-out.

Dans notre étude, sur la partie de ma co-thésarde concernant le lien entre l'empathie du médecin généraliste et sa pratique clinique, il est retrouvé que chez les personnes plus empathiques, l'accomplissement personnel est meilleur. Les médecins plus empathiques sembleraient un peu protégés sur la composante de l'accomplissement personnel du burn-out. Ce lien entre l'empathie et la satisfaction au travail est d'ailleurs décrit par J Halpern (41). Il décrit que l'empathie est associée à la satisfaction au travail, et qu'elle aide à trouver un sens à son activité. Le travail de A Woerner (42) retrouve que, plus les scores d'empathie sont élevés, plus ceux du burn-out sont faibles, et conforte cette troisième hypothèse. Ceci s'explique par le fait qu'être empathique suppose de présenter une capacité à prendre du recul face aux émotions. Un praticien empathique, qui a conscience de ses émotions, pourra donc prendre du recul face aux patients. Cela peut alors constituer un outil contre le stress et le burn-out. C'est dans ce sens, que l'empathie clinique serait un facteur protecteur du burn-out (40,43). Former les médecins à la gestion de l'empathie pourrait donc être un moyen de prévention du burn-out.

4.7 Préventions à mettre en place

Devant la forte prévalence du burn-out, des stratégies de dépistage et de prévention systématiques seraient intéressantes.

Des mesures de prévention pour la santé des médecins en France sont proposées (44). Certaines par des initiatives ministérielles, comme pour la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, en sensibilisant les professionnels à leur propre santé.

Certaines régionales, sont organisées par l'ordre des médecins, comme en Bretagne, où un examen de santé complet est proposé aux médecins dans les centres d'exams de santé de l'Assurance Maladie.

Certaines par des associations, avec la mise en place d'aides psychologiques (création progressive depuis 2005), et instauration de plateformes d'appel dédiées, dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel.

Selon une enquête de 2016 (45), plus de la moitié des motifs de recours à l'association MOTS (Médecin Organisation Travail Santé) sont relatifs au burn-out. Ces mesures se sont vraiment concrétisées en mars 2018 (46) suite à la création d'un Programme Aide Solidarité Soignant (PASS), qui regroupe les associations d'entraide et les unités d'hospitalisation signataires d'une charte d'entraide avec le Conseil national de l'ordre des médecins.

Ce dispositif s'inspire d'autres organisations mises en place à l'étranger, comme notamment le Programme Attention Intégrale aux Médecins Malades (PAIMM) en Catalogne ou le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) au Québec (20,46).

Aux vues des chiffres élevés de burn-out chez les médecins, des dépistages obligatoires pourraient être appliqués, par la CPAM ou par les complémentaires santé, afin de le dépister précocement. En effet un dépistage sur la base du volontariat serait probablement trop peu réalisé.

Conclusion

Le burn-out est un phénomène d'amplitude croissante dans la population générale ainsi qu'en médecine. Dans notre étude le taux de burn-out est plus important que le taux connu actuel en médecine générale (avec 64% de médecins en burn-out). Le contexte du covid et l'âge moyen plus jeune du panel de notre étude, peuvent en être des éléments d'explication.

Le MBI décrit 3 dimensions dans le burn-out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel. La majorité des études sur le burn-out montre une atteinte homogène dans les 3 dimensions, quand notre étude retrouve, elle, un accomplissement professionnel conservé chez les MG interrogés. La jeunesse de notre panel soulève la question d'une temporalité dans l'apparition des différentes dimensions du burn-out chez les médecins, où le retentissement sur l'accomplissement personnel apparaîtrait en dernier lieu, et lui conférerait un caractère de gravité. Cette temporalité pourrait faire l'objet de futures études, car il n'existe pour l'instant pas de donnée sur cette hypothèse.

Parmi les facteurs de risque, nous retrouvons chez les médecins généralistes touchés par le burn-out, un nombre de consultation quotidienne plus important, ainsi qu'un nombre de consultation significativement augmenté au cours des deux dernières années. La personnalité consciencieuse des personnes touchées par le burn-out, pourrait être un facteur aggravant. En effet, le médecin souhaitant bien faire son travail, n'arrive pas à refuser les demandes de rendez-vous. Cette charge de travail supplémentaire serait alors à la fois une cause et une conséquence du burn-out.

A la différence des autres études sur le sujet, notre étude ne retrouve pas de retentissement significatif du burn-out sur la qualité de prise en charge des patients. Cette différence est probablement due au modèle de notre étude, avec l'utilisation de la ROSP comme reflet quantitatif de la prise en charge des médecins généralistes interrogés, qui n'a été que partiellement récupérée (19.2% des médecins généralistes interrogés) et qui n'est probablement pas assez finement représentative de la qualité de soin.

En ce qui concerne le burn-out et l'empathie, nous constatons que les médecins en burn-out se mettent moins à la place du patient, ce qui suggère que le burn-out inhibe l'empathie. Mais

nous constatons aussi qu'à l'inverse, chez les médecins plus empathiques, l'accomplissement personnel est meilleur. L'empathie pourrait alors protéger du burn-out.

Former les médecins à l'empathie pourrait donc être une mesure de prévention du burn-out.

Aux vues de ces constations et de la forte prévalence du burn-out chez les médecins généralistes, des mesures de prévention et de dépistage sont à mettre en place.

Les points importants soulevés dans notre étude sont : former à l'empathie, trouver des mesures de dépistages systématiques, et envisager que l'atteinte de l'accomplissement personnel est un facteur de gravité.

Bibliographie

1. Boudoukha AH. Burn out et stress post traumatique. Paris: Dunod; 2016, 252.
2. Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract*. 1975; 12:72-83.
3. Fremont N. Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectif ? Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle [Thèse]. Lille: Université de Lille 3-Faculté des lettres, Arts, Sciences Humaines et Sociales; 2013.
4. Organisation mondiale de la santé [En ligne]. Mental health policies and programmes in the workplace [Cité le 10 nov 2020]. Disponible: www.who.int/mental_health/policy/
5. Nguyen AM. Burn out du médecin généraliste: étude qualitative sur les mesures de prévention. [Thèse]. Rouen: Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen; 2018.
6. Direction Générale du Travail, Institut National de Recherche et de Sécurité, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : Mieux comprendre pour mieux agir [En ligne]. 2015 mai [cité le 05 nov 2020]. Disponible: <https://www.anact.fr/le-syndrome-depuisement-professionnel-ou-burnout-mieux-comprendre-pour-mieux-agir>
7. Dion G, Tessier R. Validation of a French translation of the Maslach Burnout Inventory (MBI). *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport*. 1994;26(2):210-27.
8. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Risque psycho-sociaux : outils d'évaluation. *Références en santé au travail*. 2012 septembre;(131):157-9.
9. Bontoux E. Prévalence et facteurs de risque du burnout chez les médecins généralistes du Gers [Thèse]. Toulouse: Université Toulouse III–Paul Sabatier; 2016.
10. Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]. Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène

lié au travail» [Cité le 10 nov 2020]. Disponible: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr

11. Gollac M, Bodier. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail : Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser: Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé [En ligne]. Paris; 2011 [cité le 05 nov 2021]. Disponible: [https://travail-](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf)

[emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf)

12. Robbe-Kernen M, Kehtari R. Les professionnels de la santé face au burnout. Facteurs de risque et mesures préventives. Rev Med suisse. 2014;10(443):1787-92.

13. Brühlmann T. Diagnostic et traitement du burnout en pratique. FMS. 2012 ;12(49):955-60.

14. Truchot D. Épuisement professionnel et burnout: concepts, modèles et interventions. Paris: Dunod; 2004.

15. Khireddine I, Lemaitre A, Homere J, Plaine J, Garras L, Riol MC et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(23):431-8.

16. Santé publique France [En ligne]. Souffrance psychique et épuisement professionnel. [Cité le 13 nov 2020]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel/donnees/#tabs>

17. L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'île de France. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives [En ligne]. 2007 Juin [cité le 25 oct 2020]. Disponible: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf

18. Kansoun Z. Le burnout des médecins en France: Méta-analyse (2000-2017). [Thèse]. Marseille: Faculté de médecine–Aix Marseille Université; 2017.

19. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. La Presse Médicale. 2004;33(22):1569-74.

20. Galam E. Burn out des médecins libéraux 3e partie: des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. *Médecine*. 2008;4(1):43-6.
21. Truchot D. Enquête Bulletin Ressources No 1. URML Bourgogne. 2002 jan.
22. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne; 2002.
23. 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(5):358-67.
24. Yugero O, Marsal RJ, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Fam Pract*. 2017;18:63-71.
25. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism and patient satisfaction : a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178(10):1317-31.
26. Zenasni F, Boujut E, Buffel du Vaure C, Catu-Pinault A, Tavani JL, Rigal L et al. Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of General Practitioners. *Int J Pers Cent Med*. 2012;2(4):759-66.
27. L'assurance maladie [En ligne]. La rémunération sur objectifs de santé publique pour le médecin [cité le 22 nov 2020]. Disponible: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>
28. L'assurance maladie [En ligne]. La Rosp du médecin traitant de l'adulte [cité le 22 nov 2020]. Disponible: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
29. L'assurance maladie [En ligne]. Rosp et forfait structure 2020 [cité le 22 nov 2020]. Disponible: <https://www.ameli.fr/val-d-oise/medecin/actualites/rosp-et-forfait-structure-2020>

30. Profil Médecin. Chiffres clés : Médecin généraliste [En ligne]. Profil Médecin; 2020 [consulté le 10 jan 2021]. Disponible: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/>
31. Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. Le quotidien du médecin [En ligne]. 02 mai 2017 [cité le 09 fév 2021]. Disponible: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
32. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes: influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Annales Médico-Psychologiques-Revue Psychiatrique, Elsevier Masson; 2009.
33. Duqueroy V. Burnout des médecins français : enquête 2020. Medscape [En ligne]. 19 nov 2020 [cité le 09 mars 2021]. Disponible: <https://francais.medscape.com/diaporama/33000229>
34. Fournier C, Boudeville P. Quel est le profil des personnes exposées au burn out ?. France info [En ligne]. 28 avril 2014 [cité le 09 mars 2021]. Disponible: https://www.francetvinfo.fr/sante/psycho-bien-etre/burn-out/infographie-quel-est-le-profil-type-des-personnes-exposees-au-burn-out_573697.html
35. Truchot D. Le Burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche URML Bourgogne. Dijon: UPMLB et Reims Département de Psychologie; 2001.
36. Truchot D. Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de Recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. 2004 avril.
37. Truchot D. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Champagne-Ardenne; 2002.
38. Truchot D, Roncari N, Bantégnie D. Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. L'encéphale. 2011;37:48-53.
39. Brazeau CM, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy and, professionalism climate. Acad Med. 2010;85(10 Suppl):33–6.

40. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2012;62(600):346–7.
41. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med*. 2003;18(8):670–4.
42. Woerner A. Empathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes [Thèse]. Paris : Université Paris Descartes – Faculté de Médecine Paris Descartes; 2013.
43. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol*. 2016;7:763.
44. Conseil national de l'ordre des médecins. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique du diagnostic aux propositions. 2018 [cité le 09 mars 2021]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017.pdf
45. MACSF [En ligne]. Le burn-out chez les médecins [cité le 09 mars 2021]. Disponible: <https://www.macsf.fr/exercice-liberal/Exercer-en-groupe/msp-protection-contre-burn-out-medecins>
46. Souffrance et travail [En ligne]. Lancement du PASS : 1er dispositif national de proximité pour prendre en charge la santé des soignants. [cité le 09 mars 2021]. Disponible: <https://www.souffrance-et-travail.com/magazine/dossiers/stress-travail-et-sante/lancement-du-pass-1er-dispositif-national-de-proximite-pour-prendre-en-charge-la-sante-des-soignants/>

Table des figures

Figure 1 : Le burnout, facteurs liés au travail et aux risques psychosociaux	13
Figure 2 : Age chez les médecins avec ou sans burn-out	24
Figure 3: Timidité chez les médecins avec ou sans burn-out.....	24
Figure 4: Nombre d'acte journalier chez les médecins avec ou sans burn-out.....	25
Figure 5: Estimation du temps travaillé chez les médecins avec ou sans burn-out	26
Figure 6: Adhésion à un groupe Balint sur les 2 dernières années chez les médecins avec ou sans burn-out	26
Figure 7: Réciprocité de l'affection envers les patients chez les médecins avec ou sans burn-out	27
Figure 8: nombre d'actes par rapport aux deux dernières années chez les médecins avec ou sans burn-out	28
Figure 9: Evolution de la satisfaction professionnelle au cours des 2 dernières années chez les médecins avec ou sans burn-out.....	29
Figure 10: Importance du dépistage des troubles visuels auditifs et du langage chez les enfants chez les médecins avec ou sans burn-out.....	30
Figure 11: Prescription de génériques chez les médecins avec ou sans burn-out	30
Figure 12: Capacité à se mettre à la place des patients chez les médecins avec ou sans burn-out	31
Figure 13: Accomplissement personnel en fonction du niveau d'empathie	32

Table des tableaux

Tableau 1 : Niveau de score pour chaque dimension du burnout.....	12
Tableau 2 : Exemple de d'objectif pour la prévention de la grippe chez les patients de plus de 65 ans « ROSP médecin traitant de l'adulte ».....	19
Tableau 3 : Caractéristiques socio démographiques des médecins.	21
Tableau 4 : Niveau de score retrouvé selon les dimensions du burnout.....	22
Tableau 5 : Résultats significatifs de l'analyse univariée des médecins répondants en burn-out ou sans burn-out	23

Annexe 2 : questionnaire de thèse



Questionnaire de Thèse: Burn out et empathie des médecins généralistes, influence sur la prise en charge des patients

Age : _____ ans

Sexe : H Y F Y

Vie personnelle

- Quel est votre nombre de frère et sœur et leur écart d'âge avec vous ? (entourez + ou - selon que votre frère ou sœur est plus âgé ou plus jeune)

1. Frère Y / Sœur Y Ecart d'âge : + / - ____ ans

2. Frère Y / Sœur Y Ecart d'âge : + / - ____ ans

3. Frère Y / Sœur Y Ecart d'âge : + / - ____ ans

4. Plus de 3 frères et/ou sœurs Y

- Comment décrivez-vous votre relation avec vos frères et sœurs ? (cochez sur l'échelle)

Distante |-----| Chaleureuse

Solidaire |-----| Compétitive
Neutre

- Un de vos frère/sœur avait-il une maladie sévère, chronique handicapante ou un handicap significatif ?

Oui Y Non Y

- Avez-vous été le responsable principal d'un animal domestique (mammifère) dans votre enfance ? Si oui, pendant combien d'année ? Non Y Oui Y Pendant ____ années

-Vivez-vous : Seul Y En couple Y

- Avez-vous envie de pratiquer une activité où il faut monter sur scène (théâtre, musique, chant...) :

Aucune envie Y Peu envie Y Forte envie Y Je l'ai déjà fait Y Je le fais Y

-Je suis timide : Tout à fait Y Un peu Y Pas tellement Y Pas du tout Y

-Avez-vous eu un problème de santé majeur lors de ces deux dernières années ?

Aucun problème Y Problème peu grave Y Problème grave Y

-Avez-vous eu un problème « relationnel » majeur lors de ces deux dernières années ? (séparation privée ou professionnelle, litige...)

Aucun problème Y Problème peu grave Y Problème grave Y

Vie professionnelle

- Combien d'actes par jour effectuez-vous ? (hors période COVID) _____ actes

-Trouvez-vous que vous travaillez trop ? (hors période COVID)

Je garde exprès du temps non-médical Y Non Y Un peu trop Y Beaucoup trop Y

-Participez-vous ou avez-vous rejoint un groupe Balint lors de ces deux dernières années ?

Oui Y Non Y

- Participez-vous ou avez-vous participé à une activité de relaxation lors de ces deux dernières années ?

(yoga, méditation...) oui Y non Y

-Si je suis affectueux et chaleureux avec mes patients je reçois toujours autant ou même plus que ce que je donne en retour : Pas toujours Y Oui mais ce n'est pas mon approche Y

Oui dans la mesure du possible Y Oui et je fais ainsi Y Oui et je le suis au maximum Y

-Adapter ma communication au niveau de compréhension de mon patient (enfant, personne âgé) est pour moi : Assez difficile Y Pas trop difficile Y Assez facile Y Facile Y Naturel Y

-Par rapport à il y a 2 ans : (hors période COVID)

-nombre d'acte par jour en plus ou en moins : + ____ ou - ____

-durée de consultation par patient augmentée ou diminuée ? + ____ ou - ____ (min)

- êtes-vous plus ou moins satisfait de votre travail ?

Nettement moins Y Un peu moins Y Pareil Y Un peu plus Y Nettement plus Y

-Quelle importance accordez-vous par rapport à tous les éléments du suivi du patient ? :

- au bon suivi des indicateurs du ROSP dans leur totalité ? Aucune importance Y
Peu d'importance Y Relativement important Y Un de mes objectifs principaux Y

- à motiver un patient diabétique à faire régulièrement un examen de la rétine ?
Très peu d'importance Y Moins d'importance Y Relativement important Y
Très important Y Un de mes objectifs principaux Y

- à examiner les pieds d'un diabétique annuellement ?
Très peu d'importance Y Moins d'importance Y Relativement important Y
Très important Y Un de mes objectifs principaux Y

- à évaluer annuellement la protéinurie chez un patient diabétique ou hypertendu ?
Très peu d'importance Y Moins d'importance Y Relativement important Y
Très important Y Un de mes objectifs principaux Y

- au dépistage des troubles visuels, auditifs et du langage des enfants :
Très peu d'importance Y Moins d'importance Y Relativement important Y
Très important Y Un de mes objectifs principaux Y

- à la limitation de prescription d'antibiotiques chez les patients sans ALD
Très peu d'importance Y Moins d'importance Y Relativement important Y
Très important Y Un de mes objectifs principaux Y

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quelle point vous êtes en accords ou en désaccord avec ces affirmations. Pour chacune d'entre elles, cochez la case qui décrit le mieux votre façon d'être selon l'échelle allant de « Pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ».

	(1) Pas du tout	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) Tout à fait
Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical							
Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments							
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients							
Dans les relations soignants-soignés, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale							
J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques							
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente							
Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions							
Être attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements							
Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place							
Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi							
Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par le traitement médical ou chirurgical, ainsi les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux							
Interroger les patients sur ce qu'il se passe dans leur vie personnelle n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique							
J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel							
Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique							
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité							
Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation							
J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins							
Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a des fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leur famille							
Je n'ai pas de plaisir à lire de la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts							
Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical							

Permis d'imprimer

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Nord
Le Professeur Eric GALAM

VU :

Le Doyen de l'UFR de Médecine
(Université de Paris, Paris-Nord)
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Tampon du service :



ERIC GALAM

Date : 16/04/21

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour la Présidente de l'Université de Paris
et par délégation

Le Doyen de l'UFR de Médecine
(Université de Paris, Paris-Nord)

Philippe RUSZNIEWSKI



Influence du burn-out sur la pratique clinique en médecine générale

Résumé :

Pré requis : L'épuisement professionnel est une affection croissante en médecine et notamment en médecine générale. Les signes d'épuisement étant de plus en plus présents en médecine générale, il est important d'en améliorer l'identification, voire le dépistage, et d'en évaluer l'impact sur la qualité des soins pour le patient.

Objectif : L'objectif principal de ce travail est de rechercher une corrélation entre le niveau de burn-out (BO) et les résultats thérapeutiques (en s'appuyant sur les données de la ROSP). Les objectifs secondaires seront de rechercher les facteurs de risque du BO ainsi que l'existence d'un lien entre empathie et BO.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative réalisée en 2020 chez des médecins généralistes français, recrutés par réseau personnel ou réseaux sociaux. Les questionnaires soumis aux médecins généralistes ont comporté des questions relatives aux données sociodémographiques, personnelles, à la vie professionnelle et à la ROSP, et des questions évaluant l'empathie (questionnaire JSPE) et le BO (questionnaire MBI). Il a été demandé aux médecins généralistes de transmettre les données de leur dernière ROSP (2019).

Résultats : 375 réponses aux questionnaires ont été obtenues entre mars et septembre 2020 associés à la transmission de 72 données de ROSP. 64% des médecins interrogés sont considérés en BO d'après le MBI. Les médecins présentant les critères de BO sont significativement: plus jeunes, plus timides, font plus d'actes quotidiens, ont plus l'impression de « trop travailler », ont rejoint plus de groupe Balint. Ils ont aussi effectué plus d'actes par rapport à il y a 2 ans, sont moins satisfaits de leur travail, ont l'impression de moins de réciprocité dans l'affection partagée avec leurs patients. Ils semblent accorder plus d'importance aux dépistages des troubles visuels auditifs et du langage chez les enfants, et se mettent moins à la place du patient.

Conclusion : L'analyse des données ne retrouve pas de différence significative dans la qualité de prise en charge des patients par les médecins généralistes (MG) en BO, sur la base des données de la ROSP. En revanche, notre étude confirme l'identification de facteurs de risque de BO, et d'un caractère protecteur du développement de l'empathie des MG sur le risque de BO. Ces constatations ainsi que le fort taux de BO en MG (peut être surestimé par le contexte covid et la jeunesse de notre panel) justifient la réflexion autour d'une prévention et d'un dépistage plus systématique autour du BO.

Spécialité :

[DES médecine générale](#)

Mots clés français :

[Epuisement psychologique, médecine générale, résultat thérapeutique, empathie](#)

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

**Université de Paris
UFR de médecine— Site Bichat
16, rue Henri Huchard 75018 Paris**