

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

**LE STATUT DE MAITRE DE STAGE
UNIVERSITAIRE PROTEGE-T-IL LES MEDECINS
GENERALISTES DU LIMOUSIN DU BURN OUT?**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 18 Décembre 2015

par

Florence VANEECLOO

né(e) le 09/07/1977 à LIMOGES

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur BUCHON DanielPrésident

Mme le Professeur PREVOST Martine.....Juge

M. le Docteur MENARD Dominique.....Juge

Mme le Docteur PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule.....Juge

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

**LE STATUT DE MAITRE DE STAGE
UNIVERSITAIRE PROTEGE-T-IL LES MEDECINS
GENERALISTES DU LIMOUSIN DU BURN OUT?**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 18 Décembre 2015

par

Florence VANEECLOO

né(e) le 09/07/1977 à LIMOGES

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur BUCHON DanielPrésident
Mme le Professeur PREVOST Martine.....Juge
M. le Docteur MENARD Dominique.....Juge
Mme le Docteur PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule.....Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

| | |
|---|--|
| ABOYANS Victor (CS) | CARDIOLOGIE |
| ACHARD Jean-Michel | PHYSIOLOGIE |
| ALAIN Sophie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| ALDIGIER Jean-Claude (SUR. 31.08.2016) | NEPHROLOGIE |
| ARCHAMBEAUD Françoise (CS) | MEDECINE INTERNE |
| ARNAUD Jean-Paul (SUR. 31.08.2016) | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| AUBARD Yves (CS) | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| AUBRY Karine | O.R.L. |
| BEDANE Christophe (CS) | DERMATOLOGIE-VERERELOGIE |
| BERTIN Philippe (CS) | THERAPEUTIQUE |
| BESSEDE Jean-Pierre (CS) | O.R.L. |
| BORDESSOULE Dominique (CS) | HEMATOLOGIE |
| CAIRE François | NEUROCHIRURGIE |
| CHARISSOUX Jean-Louis | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| CLAVERE Pierre (CS) | RADIOTHERAPIE |
| CLEMENT Jean-Pierre (CS) | PSYCHIATRIE D'ADULTES |
| COGNE Michel (CS) | IMMUNOLOGIE |
| CORNU Elisabeth | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE |
| COURATIER Philippe (CS) | NEUROLOGIE |
| DANTOINE Thierry (CS) | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT |
| DARDE Marie-Laure (CS) | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| DAVIET Jean-Christophe | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| DESCAZEAUD Aurélien | UROLOGIE |
| DES GUETZ Gaëtan | CANCEROLOGIE |
| DESPORT Jean-Claude | NUTRITION |
| DRUET-CABANAC Michel (CS) | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL |
| DUMAS Jean-Philippe (CS) (SUR. 31.08.2018) | UROLOGIE |
| DURAND-FONTANIER Sylvaine | ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE) |
| ESSIG Marie (CS) | NEPHROLOGIE |
| FAUCHAIS Anne-Laure (CS) | MEDECINE INTERNE |
| FEUILLARD Jean (CS) | HEMATOLOGIE |

FOURCADE Laurent (CS)
GAINANT Alain (SUR. 31.08.2017)
GUIGONIS Vincent
JACCARD Arnaud
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile
LABROUSSE François (CS)

LACROIX Philippe
LAROCHE Marie-Laure
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)
LOUSTAUD-RATTI Véronique
MABIT Christian
MAGY Laurent
MARQUET Pierre (CS)
MATHONNET Muriel
MELLONI Boris (CS)
MOHTY Dania
MONTEIL Jacques (CS)

MOREAU Jean-Jacques (CS)
MOUNAYER Charbel

NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)
NUBUKPO Philippe
PARAF François (CS)

PLOY Marie-Cécile (CS)
PREUX Pierre-Marie

ROBERT Pierre-Yves (CS)
SALLE Jean-Yves (CS)

SAUTEREAU Denis (CS)

STURTZ Franck (CS)

TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre

TREVES Richard (SUR. 31.08.2018)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS) (SUR. 31.08.2018)
VALLEIX Denis (CS)
VERGNENEGRE Alain (CS)

VERGNE-SALLE Pascale
VIGNON Philippe
VINCENT François (CS)
VIROT Patrice (SUR. 31.08.2016)
WEINBRECK Pierre (CS)
YARDIN Catherine (CS)

CHIRURGIE INFANTILE
 CHIRURGIE DIGESTIVE
 PEDIATRIE
 HEMATOLOGIE
 IMMUNOLOGIE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE
 PATHOLOGIQUES
 MEDECINE VASCULAIRE
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE
 PEDIATRIE
 HEPATOLOGIE
 ANATOMIE
 NEUROLOGIE
 PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
 CHIRURGIE DIGESTIVE
 PNEUMOLOGIE
 CARDIOLOGIE
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
 NUCLEAIRE
 NEUROCHIRURGIE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE
 MEDICALE
 ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
 ADDICTOLOGIE
 MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA
 SANTE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA
 SANTE ET PREVENTION
 OPHTALMOLOGIE
 MEDECINE PHYSIQUE ET DE
 READAPTATION
 GASTRO-ENTEROLOGIE -
 HEPATOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
 MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE - DIABETE ET
 MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA
 SANTE ET PREVENTION
 THERAPEUTIQUE
 REANIMATION
 PHYSIOLOGIE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET
STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

BARRAUD Olivier

BOURTHOUMIEU Sylvie

BOUTEILLE Bernard

CHABLE Hélène

DURAND Karine

ESCLAIRE Françoise

HANTZ Sébastien

JESUS Pierre

LE GUYADER Alexandre

LIA Anne-Sophie

MARIN Benoît

MURAT Jean-Benjamin

QUELVEN-BERTIN Isabelle

TCHALLA Achille

RIZZO David

TERRO Faraj

WOILLARD Jean-Baptiste

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE

MOLECULAIRE

BIOLOGIE CELLULAIRE

BIOLOGIE CELLULAIRE

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

NUTRITION

CHIRURGIE THORACIQUE ET

CARDIO-VASCULAIRE

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE

MOLECULAIRE

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA

SANTE et PREVENTION

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE

NUCLEAIRE

GERIATRIE ET BIOLOGIE DU

VIEILLISSEMENT

HEMATOLOGIE

BIOLOGIE CELLULAIRE

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DES MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

| | |
|---------------------------|-----------------------------|
| ADENIS Jean-Paul | du 01.09.2015 au 31.08.2017 |
| MERLE Louis | du 01.09.2015 au 31.08.2017 |
| MOULIES Dominique | du 01.09.2015 au 31.08.2017 |
| VALLAT Jean-Michel | du 01.09.2014 au 31.08.2017 |

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

| | |
|-----------------------------|---|
| BLANC Philippe | BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE |
| CHUFFART Etienne | ANATOMIE |
| DONISANU Adriana | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| FAYE Pierre-Antoine | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| FREDON Fabien | ANATOMIE |
| KASPAR Claire | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| LEGRAS Claire | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| MANCIA Claire | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| MATHIEU Pierre-Alain | ANATOMIE (Service d'Orthopédie- Traumatologie) |
| OLOMBEL Guillaume | IMMUNOLOGIE |
| SERENA Claire | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

| | |
|---------------------------------|---|
| ARDOUIN Elodie | RHUMATOLOGIE |
| ASSIKAR Safaë | DERMATO-VENERELOGIE |
| BIANCHI Laurent | GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015) |
| BORDES Jérémie | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| BOURMAULT Loïc | OPHTALMOLOGIE |
| BUISSON Géraldine | PEDOPSYCHIATRIE |
| CASSON-MASSELIN Mathilde | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| CAZAVET Alexandre | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| CHATAINIER Pauline | NEUROLOGIE |
| CHRISTOU Niki | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| COSTE-MAZEAU Perrine | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (SURNOMBRE du 1er novembre 2015 au 20 février 2016) |
| CYPIERRE Anne | MEDECINE INTERNE A REANIMATION |
| DAIX Thomas | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| DIJOUX Pierrick | OPHTALMOLOGIE |
| DOST Laura | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| EVENO Claire | NEUROCHIRURGIE |
| GANTOIS Clément | UROLOGIE |
| GARDIC Solène | REANIMATION |
| GONZALEZ Céline | MEDECINE INTERNE B |
| GSCHWIND Marion | |

HOUMAÏDA Hassane

JACQUES Jérémie

KENNEL Céline

LACORRE Aymeline

LAFON Thomas

LAVIGNE Benjamin

LE BIVIC Louis

LE COUSTUMIER Eve

LEGROS Emilie

LERAT Justine

MARTIN Sylvain

MATT Morgan

MESNARD Chrystelle

MONTCUQUET Alexis

PAPON Arnaud

PETITALOT Vincent

PONTHIER Laure

ROGER Thomas

SAINT PAUL Aude

SCOMPARIN Aurélie

TAÏBI Abdelkader

TRIGOLET Marine

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE
(A compter du 02 novembre 2015)

GASTRO-ENTEROLOGIE

HEMATOLOGIE

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

MEDECINE d'URGENCE

PSYCHIATRIE d'ADULTES

CARDIOLOGIE

MEDECINE INTERNE A

PSYCHIATRIE d'ADULTES

O.R.L.

RADIOLOGIE ET IMAGERIE

MEDICALE

MALADIES INFECTIEUSES

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

NEUROLOGIE

GERIATRIE ET BIOLOGIE DU

VIEILLISSEMENT

CARDIOLOGIE

PEDIATRIE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET

TRAUMATOLOGIQUE

PNEUMOLOGIE

O.R.L.

CANCEROLOGIE

PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin

CROS Jérôme

CHIRURGIE INFANTILE

(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

(du 1er mai 2014 au 31 octobre

2018)

Remerciements

A mon jury: - le Pr BUCHON Daniel, médecin généraliste,
- le Dr MENARD Dominique, médecin généraliste et maître de conférences,
- le Dr PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule, médecin généraliste et maître de conférences,

qui me font l'honneur de juger mon travail, et qui m'ont accompagné tout au long de ma formation.

Au Pr PREVOST Martine, médecin généraliste, ma directrice de thèse: vous êtes à l'initiative de cette étude et c'est à vous que je dois ce travail. Je vous remercie pour votre aide, notamment pour la rédaction de ce travail, votre disponibilité, votre gentillesse et vos conseils précieux.

Au Dr RUDELLE Karen et Mr DALMAY François, pour leur aide concernant l'analyse statistique

A l'URPS LIMOUSIN, et plus particulièrement à Mme Brigitte BUFFLER.

Au Dr Patrick MOUNIER pour m'avoir permis d'utiliser cette enquête.

A tous les médecins généralistes, ayant par leur participation, permis la réalisation de ce travail.

A mon père: merci de m'avoir transmis ta passion pour la médecine, et plus particulièrement pour la médecine de campagne; moi aussi je vais partir en vadrouille sur les routes de campagne. J'espère que de là où tu es, tu es fier de moi...

A ma mère: sans toi je n'en serais pas là aujourd'hui, merci pour tout ce que tu as fait, pour tes encouragements et ton soutien de tous les instants. Cette réussite est aussi la tienne. J'espère que de là où tu es, tu es fière de moi...

A mes grands-parents, d'ici ou d'ailleurs: mamie, merci d'avoir toujours été là; je penserai bien à toi en cette journée particulière. Papi, on va trinquer!

A mon conjoint, Eric: merci pour ton soutien indéfectible ou presque, merci d'avoir cru en moi et merci pour ce beau cadeau qui nous attend.

A mon frère, Nicolas, pour ta patience (et il t'en aura fallu), ta disponibilité et tes compétences informatiques (qui me font cruellement défaut!).

A ma belle-sœur, Aurélie: pour tes encouragements incessants.

A mon bébé, tu es encore dans mon ventre et c'est pourtant toi qui m'a apporté le petit plus qu'il me manquait et qui a supporté mon stress. Dans quelques années tu pourras lire ce travail, ou pas ...

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Table des matières

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 14 |
| 1. GENERALITES | 15 |
| 1.1. Concept de Burn Out..... | 15 |
| 1.2. Définition du Burn Out | 15 |
| 1.3. Les symptômes du Burn Out | 19 |
| 1.4. Les causes du Burn Out | 19 |
| 1.5. Les conséquences du Burn Out..... | 20 |
| 1.5.1. Versant médecins | 20 |
| 1.5.2. Versant patients..... | 20 |
| 1.6. Outil d'évaluation du Burn Out: le MBI test | 20 |
| 1.7. Définition d'un MSU | 21 |
| 2. L'ETUDE..... | 23 |
| 2.1. Objectif principal | 23 |
| 2.2. Matériel et méthode..... | 23 |
| 2.3. Analyses statistiques | 24 |
| 3. RESULTATS ET ANALYSE..... | 25 |
| 3.1. Populations sources et échantillons..... | 25 |
| 3.2. Répartition par département | 27 |
| 3.3. Répartition par secteur d'installation | 28 |
| 3.4. Niveau de Burn Out général | 29 |
| 3.5. Niveau de Burn Out selon le sexe..... | 31 |
| 3.6. Niveau de Burn Out selon le secteur d'installation | 34 |
| 3.7. Niveau de Burn Out selon l'âge | 37 |
| 3.8. Niveau de Burn Out selon le type d'exercice : seul ou en groupe | 42 |
| 3.9. Niveau de Burn Out selon le statut familial | 45 |
| 3.10. Niveau de Burn Out selon le nombre d'enfants..... | 47 |
| 3.11. Niveau de Burn Out selon le temps de travail hebdomadaire des MSU | 49 |
| 3.12. Sentiments des MSU par rapport à leur travail..... | 51 |
| 3.13. Loisirs des MSU | 52 |
| 3.14. Commentaires, remarques et suggestions recueillis par la question ouverte finale..... | 53 |
| 4. DISCUSSION | 55 |
| 4.1. Limites et points forts..... | 55 |
| 4.1.1. Limites | 55 |
| 4.1.2. Points forts..... | 55 |
| 4.2. Validité du travail | 55 |
| 4.2.1. Validité interne | 56 |
| 4.2.2. Validité externe | 57 |
| 4.3. Nos résultats..... | 58 |
| 4.3.1. Scores généraux de burn out des enquêtes 2010 et 2014 | 60 |
| 4.3.2. Burn out, sexe et statut de MSU | 61 |
| 4.3.3. Burn out et secteur d'installation | 63 |
| 4.3.4. Burn out et âge du médecin | 63 |
| 4.3.5. Burn out et type d'exercice: seul ou en groupe..... | 65 |
| 4.3.6. Burn out et statut familial..... | 65 |
| 4.3.7. Burn out et nombre d'enfants..... | 66 |
| 4.3.8. Burn out et temps de travail | 66 |
| 4.3.9. Questions complémentaires..... | 68 |
| CONCLUSION | 69 |
| Références bibliographiques | 71 |

ACRONYMES

| | |
|-------------|---|
| AP | : A ccomplissement P ersonnel |
| BO | : B urn O ut |
| BOS | : B urn O ut S yndrôme |
| DP | : D é P ersonnalisation |
| EE | : E puisement E motionnel |
| IDF | : I le- D e- F rance |
| IMG | : I nterne de M édecine G énérale |
| MBI | : M aslach B urn O ut I nventory |
| MG | : M édecins G énéralistes |
| MSU | : M aître de S tage U niversitaire |
| URML | : U nion R égionale des M édecins L ibéraux |
| URPS | : U nion R égionale des P rofessionnels de S anté |

INTRODUCTION

Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel en français est un thème souvent évoqué depuis une vingtaine d'années dans un climat socio-économique voyant évoluer le social au profit du financier.

L'évolution du système de santé influe sur les pratiques: la demande de soins est en constante augmentation alors que les moyens humains et financiers sont en baisse [1]. Ceci est valable dans tous les domaines du monde du travail et pas seulement dans le domaine médical.

C'est pourquoi ce syndrome de burn out est de plus en plus étudié, y compris dans la profession médicale. La France accuse tout de même un certain retard, notamment parce qu'il n'existe toujours pas, à l'heure actuelle, d'enquête nationale de grande ampleur. Pourtant, depuis dix ans, nombre d'étudiants se sont intéressés au burn out et en ont fait leur sujet de thèse.

La médiatisation du burn out en fait un sujet populaire, un débat de société actuel notamment en raison de l'intérêt que la société porte aux études et travaux concernant le stress au travail. Les médecins spécialisés en médecine générale (MG) peuvent être touchés comme tout à chacun par le burn out.

Parmi cette population de MG, certains sont maîtres de stage universitaire (MSU) et sont impliqués dans l'accueil et l'enseignement des étudiants en médecine et des internes en médecine générale (IMG).

Cette implication dans l'enseignement est-elle un facteur de protection ou pas, vis à vis des autres médecins non enseignants?

Notre travail va tenter de trouver une réponse à cette question.

1. GENERALITES

1.1. Concept de Burn Out

Au 18ème siècle, à l'ère de la révolution industrielle, les ouvriers alors surexploités tombaient malades très rapidement. C'est à cette période qu'apparaissent les premières relations entre travail et santé.

En 1768, un médecin suisse Samuel TISSOT constate que l'acharnement au travail est néfaste pour la santé. Il proposera déjà à cette époque des solutions préventives [2].

En 1936, Hans SELYE, qui s'est beaucoup intéressé au stress, définit une psychopathologie associée à une situation professionnelle et décrit " un syndrome général d'adaptation " dans lequel un stress raisonnable est dit positif et entraîne une augmentation du rendement alors qu'un stress trop élevé est dit négatif et entraîne une diminution du rendement [3].

En 1942, Walter Bradford CANNON, décrit une psychopathologie produite dans le contexte du travail chez les soignants "stress des infirmières" [4].

En 1959, Claude VEIL, psychiatre français, décrit des "états d'épuisements au travail" se développant chez les professionnels engagés dans une relation à l'autre [5].

En 1969, H.B. BRADLEY [6] utilise pour la première fois le terme de burn out pour identifier un stress particulier lié au travail.

En 1974, H FREUDENBERGER [7], [8] psychanalyste allemand, reprend ce terme de burn out. Il observe ce syndrome chez des soignants bénévoles s'occupant de patients toxicomanes dans des free clinics (hôpital de jour pour toxicomanes).

En 1976, Christina MASLACH, psychologue et chercheuse en psychologie sociale, découvre le burn out lors de ses recherches sur la psychologie de la santé, menées auprès de professionnels engagés dans la relation d'aide à autrui (professionnels de santé, avocats, ...) [9].

1.2. Définition du Burn Out

Il existe de nombreuses définition du burn out, quasiment une par auteur, d'autant que ce concept connaît un essor considérable depuis une vingtaine d'années avec l'étude du stress au travail.

Le BOS (burn out syndrome), terme anglo-saxon, est décrit pour la première fois dans les années 70 par H. FREUDENBERGER (psychiatre et psychanalyste) chez des soignants des free clinics (Hôpital de jour accueillant des toxicomanes) très investis professionnellement et émotionnellement auprès des patients. H.FREUDENBERGER observe que les bénévoles des free clinics finissent par perdre toute motivation après un an d'activité, ceci associé à des attitudes négatives et cyniques envers leurs patients [7].

Au Japon, on parle de « karôshi », littéralement: mort par excès de travail, reconnu comme maladie professionnelle et ouvrant droit à des indemnités [10].

En France, on parle du syndrome d'épuisement professionnel. Ce concept diffère du syndrome dépressif par le fait que, hors contexte professionnel, il y a disparition des troubles.

Depuis, il est repris par de nombreux auteurs dont le Pr C. MASLACH devenue référence internationale.

Selon FREUDENBERGER, le BOS correspond à une perte de motivation d'une personne pour son travail lorsqu'une forte motivation n'engendre pas les résultats escomptés [8].

En 1980 RICHELSON propose la définition suivante: " état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail."

Selon Christina MASLACH, le BOS désigne un état psychologique, émotionnel et physiologique résultant de l'accumulation de stress professionnels, qui consumerait littéralement l'individu. Le burn out se définit par trois dimensions [11], évoluant successivement et sur plusieurs années:

- **l'épuisement émotionnel (EE)** ou fatigue psychologique, caractérisé par une absence quasi-totale d'énergie émotionnelle se répercutant sur la vitalité physique de l'individu. Trop engagé dans ses activités professionnelles, il épuise peu à peu son capital énergie. Le sujet ressent une fatigue importante, inhabituelle, non améliorée par le repos. La seule pensée d'avoir à affronter une nouvelle journée lui paraît insurmontable. Ce manque d'énergie est d'autant plus néfaste qu'il pense n'avoir aucun moyen à sa disposition pour y remédier.

- **la déshumanisation ou dépersonnalisation de la relation (DP)** caractérisée par une attitude négative, détachée, voire cynique de la part de l'individu envers les patients et les professionnels qu'il côtoie, et qui finissent par être traités tel des objets. Il s'agit d'un mécanisme de défense personnel permettant au soignant de préserver son énergie émotionnelle : ceci se manifeste par une recherche d'isolement, un refus de contact avec les collègues, ou encore à travers des attitudes plus dures telles que le rejet ou la maltraitance. On peut par ailleurs observer des stratégies de surenchères comme le fait de consacrer de plus en plus de temps au travail ou d'avoir une hyperactivité au domicile restant inefficace.
- **la diminution de l'accomplissement personnel (AP):** l'individu va porter un regard négatif et dévalorisant sur ses réalisations et accomplissements personnels et professionnels. Il est démotivé, et n'a plus confiance en lui.

En 1980, C. MASLACH crée le MBI Test: MASLACH BURN out INVENTORY test, échelle validée internationalement pour l'étude du burn out.

Avec Susan JACKSON [12], elles définissent le BOS comme un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel apparaissant chez des individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.

Selon Cary CHERNISS [13], psychologue américain, le développement du burn out pourrait correspondre à un modèle en trois étapes :

- perception d'un stress
- état de tension (correspondant à l'épuisement émotionnel décrit par MASLACH), entraînant fatigue, épuisement émotionnel et anxiété
- modification des attitudes et du comportement (correspondant à la dépersonnalisation décrite par MASLACH).

Pour lui, le burn out apparaît à la troisième phase, lorsque les stratégies d'adaptation sont dépassées.

Selon A.PINES [14], qui a collaboré avec C. MASLACH, l'épuisement professionnel se développerait si la quête existentielle de l'individu échoue, c'est-à-dire s'il n'arrive pas à atteindre les objectifs qu'il s'est fixé.

Pierre CANOUI et Aline MAURANGES [15] ont défini en 2001 le burn out comme "une expérience psychique douloureusement vécue par des personnes engagées dans un travail ayant pour but d'aider les gens: c'est la pathologie de la relation d'aide".

Les professions à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives sont les plus exposées au burn out.

Sont ainsi concernés: le personnel soignant dans son ensemble, les enseignants, le personnel de police et pénitentiaire, mais aussi les « aidants » qui sont des membres de la famille, des proches, des amis ou des voisins fournissant un soutien ou des soins à la personne malade ou dépendante.

1.3. Les symptômes du Burn Out

L'étape préliminaire à l'apparition d'un burn out est la présence excessive de l'individu sur son lieu de travail conduisant à un véritable surmenage. Les symptômes du burn out sont:

- somatiques: fatigue permanente, céphalées, troubles gastro-intestinaux, douleurs diffuses chroniques.
- psychiques: l'épuisement mental avec anxiété, stress, dépression, baisse de l'estime de soi, le sentiment de ne pas pouvoir assurer.
- cognitifs: troubles de l'attention, de la mémoire, de la vigilance.
- comportementaux: irritabilité, exaspération, défaillance du contrôle de soi, labilité émotionnelle, hypersensibilité, absentéisme ou à l'inverse acharnement inefficace au travail, pouvant conduire à l'abus de toxiques et dans les cas extrêmes, au suicide.

1.4. Les causes du Burn Out

H. FREUDENBERGER a mis en évidence, lors de ses travaux, certains traits de personnalité chez les individus qui développaient ce syndrome d'épuisement comme : un sens exagéré des responsabilités et une haute estime de soi, l'obsession, le scrupule, un sens exagéré de l'ordre, une soif de reconnaissance sociale, un excès d'ambition tels qu'ils deviennent hyperactifs en se rendant disponibles en permanence pour les autres entraînant un hyper-investissement professionnel devenant au final inefficace [8].

Cependant, selon C. MASLACH: « les dysfonctionnements majeurs n'appartiennent pas à l'individu lui-même mais à son environnement de travail: le BOS est avant tout un résultat produit par des contextes situationnels, et ce n'est donc pas l'individu qu'il faut soigner, mais son environnement de travail » [16].

Un certain nombre de facteurs environnementaux sont reconnus comme contribuant au développement du phénomène: surcharge de travail, complexité des tâches, manque de soutien familial et de reconnaissance professionnelle, problème juridique [16], [17], [18], [19].

Il existe également des facteurs de stress individuels entrant dans la genèse du phénomène: le célibat, le manque d'expérience, et le manque de temps pour les loisirs.

Ainsi, l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel est lié, d'une part à certains traits de personnalité, et d'autre part à des facteurs environnementaux propices dans un contexte professionnel pathogène [20].

1.5. Les conséquences du Burn Out

1.5.1. Versant médecins

1. les somatisations.
2. les addictions: les abus concernent les consommations d'alcool, de tabac, de drogues et de psychotropes [17], [21].
3. l'absentéisme: augmentation du nombre de jours d'arrêt de travail avec pour conséquence une augmentation de la charge de travail des collègues, et donc du risque de burn out.
4. la reconversion professionnelle: soit vers une autre spécialité avec réaménagement du temps de travail, soit vers une autre profession. Deux études, une réalisée en Ile De France [17] et l'autre en Poitou-Charentes [19], ont conclu à ces résultats.
5. la dépression et le suicide: en effet, alors que dépression et burn out sont deux entités distinctes, il arrive fréquemment qu'une diminution de l'accomplissement personnel importante, entraîne une réelle dépression. Quant au suicide, le taux chez les médecins généralistes est deux fois supérieur à celui constaté dans la population générale [22].

1.5.2. Versant patients

Qualité de prise en charge: plusieurs études [15], [23], [24] ont mis en évidence la dégradation de la prise en charge des patients par des médecins « burn outés » avec une majoration des erreurs de prescription ou de diagnostic, de prescription sans examen préalable, ceci notamment lorsque le degré de dépersonnalisation est élevé.

1.6. Outil d'évaluation du Burn Out: le MBI test

Le Maslach Burn out Inventory (MBI), Annexe 1, outil mondial de référence de diagnostic du BOS, est un auto-questionnaire de 22 items notés selon la fréquence: de jamais (=0) à tous les jours (=6). Il reprend les trois composantes du diagnostic de burn out selon MASLACH:

- l'Épuisement Emotionnel (EE), 9 items: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- la Dépersonnalisation (DP), 5 items: 5, 10, 11, 15, 22.
- l'Accomplissement Personnel (AP), 8 items: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Chaque question est rattachée à un item (EE, DP, AP). Les scores sont additionnés pour obtenir la valeur de l'EE, de la DP et de l'AP.

Le résultat du MBI [25] n'est pas un score global mais un score exprimé en «bas / modéré / élevé » pour chacune des trois dimensions.

Un score élevé d'EE ou de DP, ou un score bas d'AP, suffisent à définir le burn out. Le burn out est dit FAIBLE si une des trois dimensions est pathologique, MODERE si deux des trois dimensions sont pathologiques, et ELEVE si les trois dimensions sont pathologiques.

De nombreuses études [26] ou sites médicaux [27], [28] se servent de cette échelle pour l'interprétation des résultats, Annexe 2.

1.7. Définition d'un MSU

Un MSU: Maître de Stage Universitaire, est un médecin qui accueille un étudiant et lui propose un enseignement dans le cadre de sa pratique, hors structure hospitalière. Il s'agit de mettre en avant la fonction pédagogique et universitaire.

On peut devenir Maître de Stage des Universités pour un ou plusieurs des stages suivants :

- **Le stage de deuxième cycle**

Il s'agit d'un stage obligatoire de 1mois et demi en temps plein destinés aux externes. Ce stage permet aux étudiants de 4ème et 5ème année de médecine de découvrir la médecine générale avant les épreuves classantes nationales.

- **Le stage ambulatoire de niveau 1**

Ce stage obligatoire de 6 mois concerne les internes de médecine générale, généralement en 3ème ou 4ème semestre. Il se déroule dans un ou plusieurs sites d'exercice, à raison de 8 demi-journées par semaine, seul ou en binôme avec un MSU avec une supervision directe. Le MSU doit pouvoir intervenir très rapidement si besoin pour assister l'interne.

- **Le stage dit de niveau 2, ou Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS)**

Ce stage est pour l'instant facultatif. Il consiste à accueillir un interne qui consulte en l'absence du MSU, une à plusieurs demi-journée(s) par semaine. Un temps doit obligatoirement être programmé le jour même ou dans les jours suivants, pour la supervision indirecte de tous les patients vus seuls par l'interne.

Devenir MSU requiert une formation pédagogique spécifique, et implique de continuer régulièrement à se former à la pédagogie : que ce soit par l'intermédiaire de formations organisées par le DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) de chaque faculté, ou de formations pédagogiques telles que proposées par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) par exemple:

- S1 Initiation à la maîtrise de stage
- S2 Encadrement des externes en MG
- S3 Supervision directe en maîtrise de stage
- S4 Supervision indirecte en maîtrise de stage
- S5 Formation à l'accueil d'interne en SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée)
- Puis certification, tutorat...

Le recrutement des MSU est assuré par le DUMG, et validé par le conseil de faculté. Les MSU sont agréés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) lors de la commission annuelle d'agrément. Comme pour les stages hospitaliers, l'agrément est prononcé pour un an renouvelable une fois, ou pour 5 ans. L'agrément permet de figurer sur la liste des MSU, mais n'ouvre pas droit automatiquement à l'accueil d'un stagiaire.

Les pré-requis pour devenir MSU sont:

- Etre médecin généraliste libéral installé depuis 3 ans au moins ou 1 an pour l'accueil des externes, ou en collaboration.
- Ne pas exercer une médecine à exercice particulier exclusive (homéopathie, ostéopathie, mésothérapie, acupuncture...).

2. L'ETUDE

2.1. Objectif principal

L'objectif de notre travail est de savoir si le statut de Maître de Stage Universitaire protège les Médecins Généralistes contre le burn out.

2.2. Matériel et méthode

Pour ce faire nous allons comparer deux populations : une de Médecins Généralistes et une de Maîtres de Stage Universitaires.

Une enquête postale menée en 2010 par les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) des médecins libéraux du limousin a interrogé l'ensemble des médecins libéraux de la région par l'intermédiaire d'un questionnaire de deux pages (format A4), Annexe 3. La première page contenait le MBI dans son intégralité, version francophone validée et des données épidémiologiques: âge, sexe, département d'exercice, lieu et mode d'exercice, spécialité, situation familiale, nombre d'enfants à charge, intérêt ou non pour les résultats du sondage. La seconde page était dédiée aux résultats avec la répartition des 22 items et le calcul des scores, afin que ceux qui le souhaitaient puissent calculer leurs scores pour savoir s'ils présentaient ou non un syndrome d'épuisement professionnel et auquel cas le niveau associé (bas ou modéré ou élevé).

Ce questionnaire anonyme, a été envoyé par courrier à tous les médecins libéraux de la région Limousin. 322 médecins généralistes (sur les 800 MG interrogés) font partie des répondants et constituent l'échantillon 2010.

Nous avons renouvelé la même enquête auprès des MSU du limousin par voie électronique en février 2014 avec une relance au mois d'avril 2014. Le questionnaire, Annexe 5, a été réalisé sur Google drive, et contenait le MBI dans son intégralité, version francophone validée (le même que celui qui avait été utilisé pour l'enquête de 2010), des données épidémiologiques: âge, sexe, département d'exercice, lieu et mode d'exercice, situation familiale, nombre d'enfants à charge, intérêt ou non pour le sujet, ainsi que les nom et prénom pour une éventuelle relance, en ajoutant quelques items sur l'organisation de la vie professionnelle, les loisirs et une question ouverte pour les remarques.

Un mail explicatif, Annexe 4, contenant le lien vers le questionnaire a été envoyé à l'ensemble des MSU. Les résultats ont été anonymisés secondairement.

Ce questionnaire a été envoyé par mail à tous les MSU du Limousin soit 96 MSU.

66 MSU ont répondu et constituent l'échantillon 2014 (tous les questionnaires étant complets, ils ont tous été exploités).

Tous les résultats ont été saisis sur tableurs Excel.

2.3. Analyses statistiques

Les variables qualitatives sont représentées en fréquence et pourcentage.

Les comparaisons entre les groupes MG et MSU ont été réalisées par des tests de chi 2 ou des tests de Fisher en fonction des conditions d'utilisation (effectif théorique ou nombre d'items considérés).

Le logiciel utilisé est open epi disponible sur le site: <http://www.openepi.com>

Le seuil de significativité est $p=0.05$.

3. RESULTATS ET ANALYSE

3.1. Populations sources et échantillons

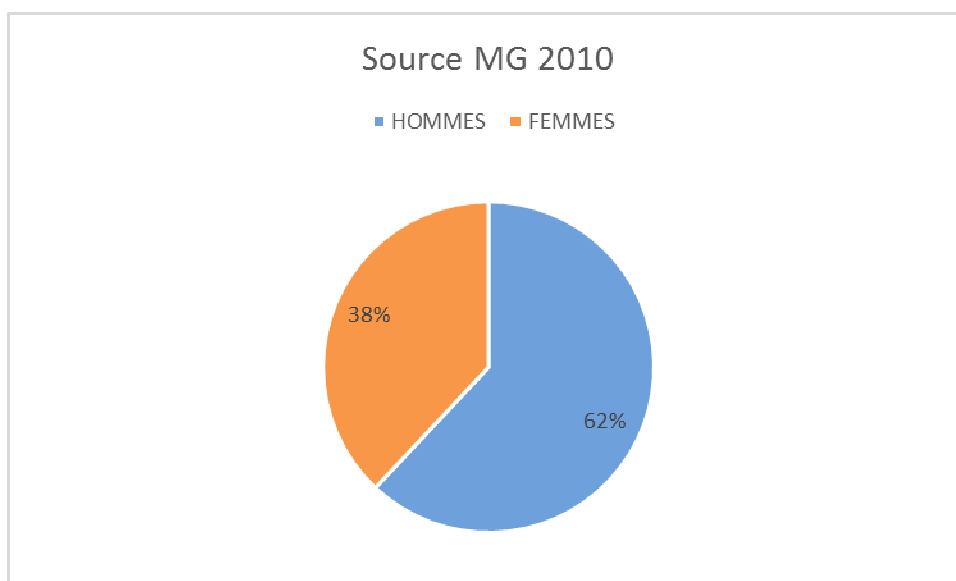


Figure 1 : Répartition / Sexe – Source 2010

Source 2010: 800 MG: 304 femmes (38%) femmes et 496 hommes (62%)

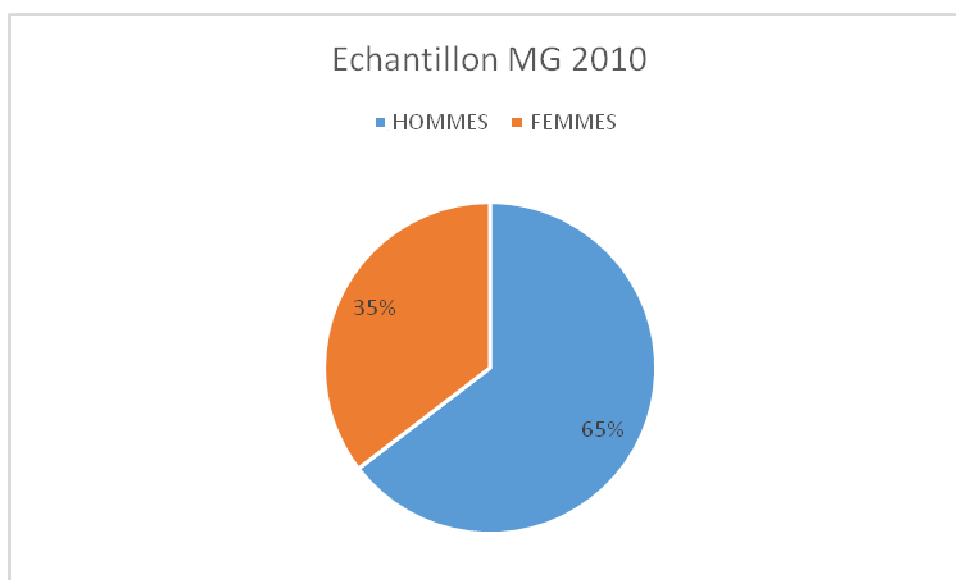


Figure 2 : Répartition / Sexe – Echantillon 2010

Echantillon 2010:322 MG: 114 femmes (35%) et 208 hommes (65%)

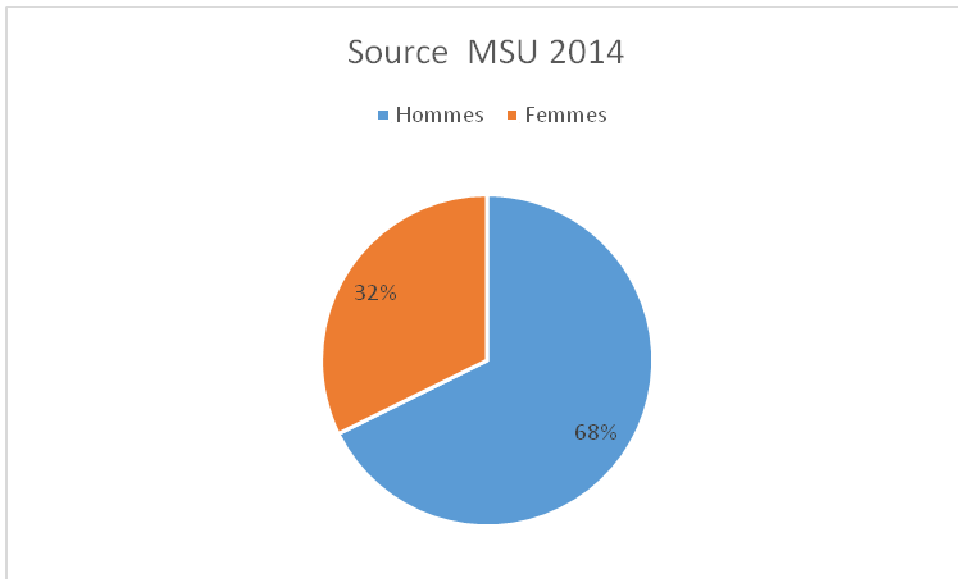


Figure 3 : Répartition / Sexe – Source 2014

Source 2014: 96 MSU: 31 femmes (32%) et 65 hommes (68%)

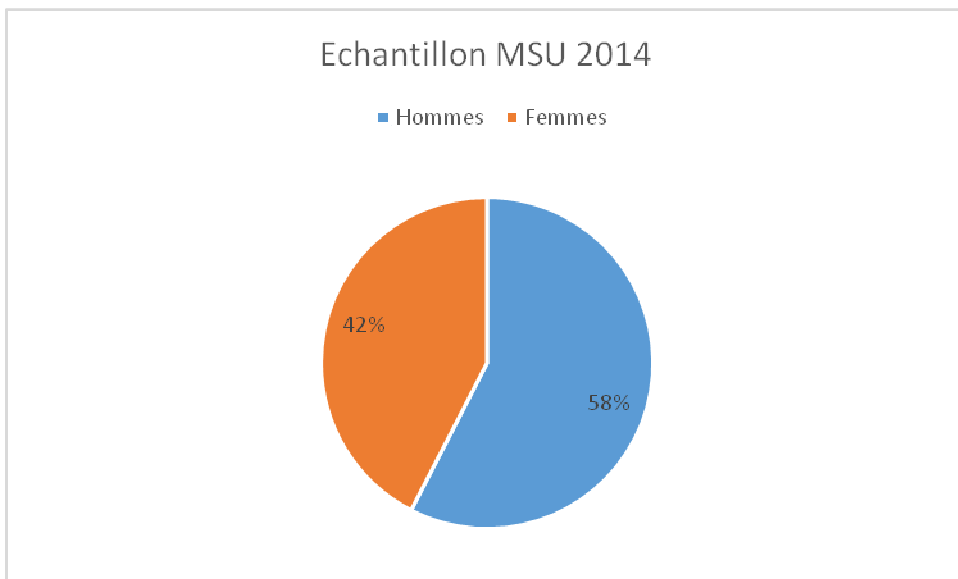


Figure 4 : Répartition / Sexe – Echantillon 2014

Echantillon 2014: 66 MSU: 28 femmes (42%) et 38 hommes (58%)

3.2. Répartition par département

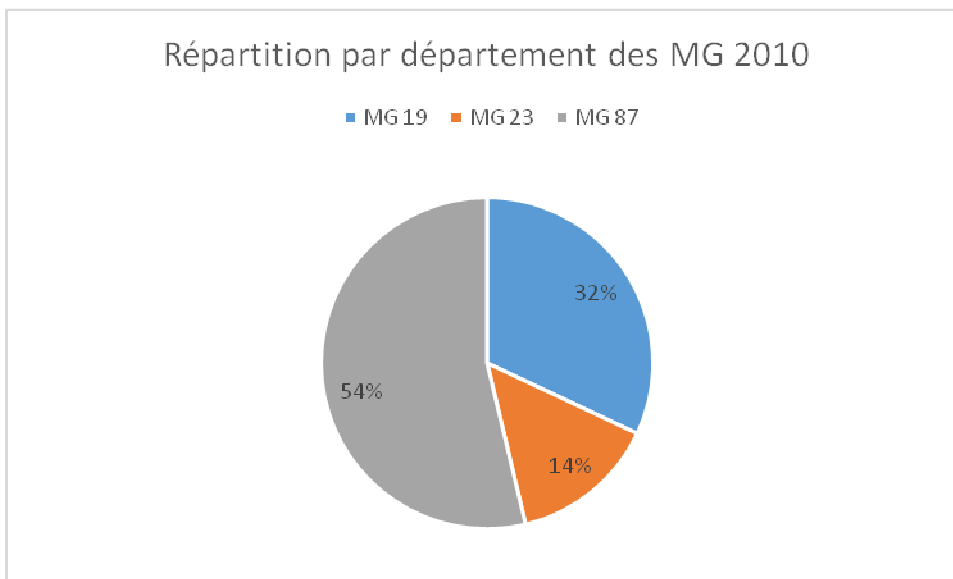


Figure 5 : Répartition / Département des MG 2010

- 103 MG de Corrèze représentent 32% de l'échantillon 2010
- 46 MG de Creuse représentent 14% de l'échantillon 2010
- 173 MG de Haute Vienne représentent 54% de l'échantillon 2010

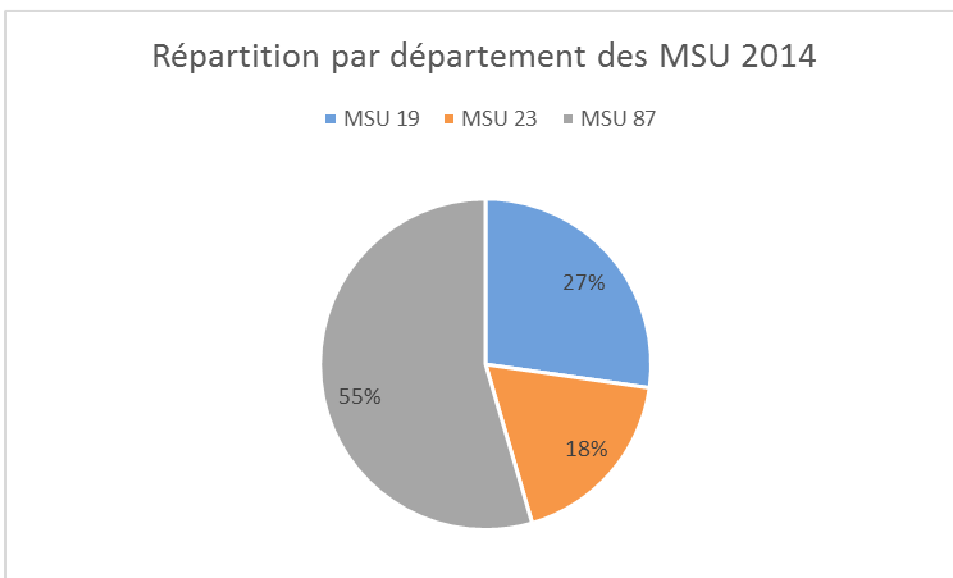


Figure 6 : Répartition / Département des MSU 2014

- 18 MG de Corrèze représentent 27% de l'échantillon 2014
- 12 MG de Creuse représentent 18% de l'échantillon 2014
- 36 MG de Haute Vienne représentent 55% de l'échantillon 2014

3.3. Répartition par secteur d'installation

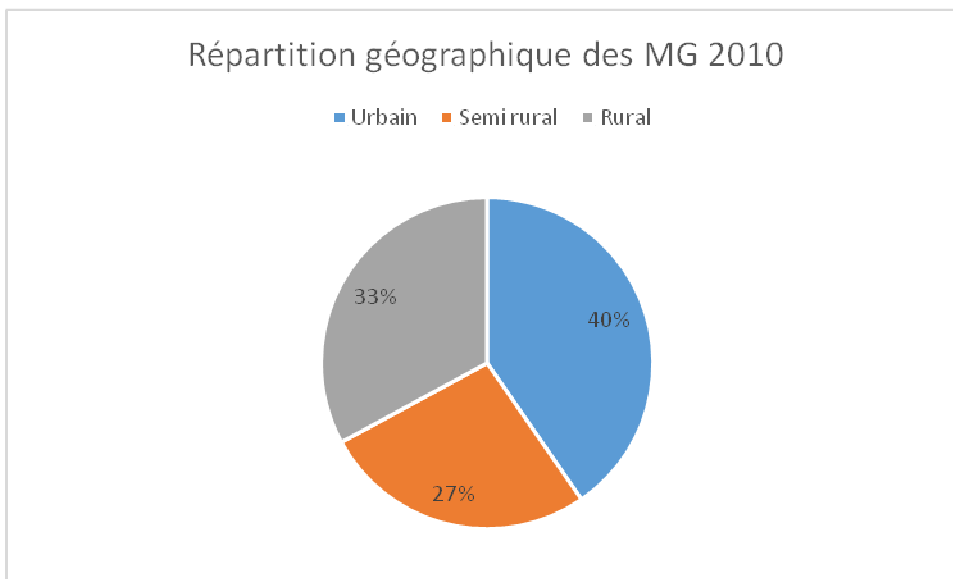


Figure 7 : Répartition Géographique des MG 2010

- 130 MG sont urbains, soit 40% de l'échantillon
- 86 MG sont semi-ruraux, soit 27% de l'échantillon
- 106 MG sont ruraux, soit 33% de l'échantillon

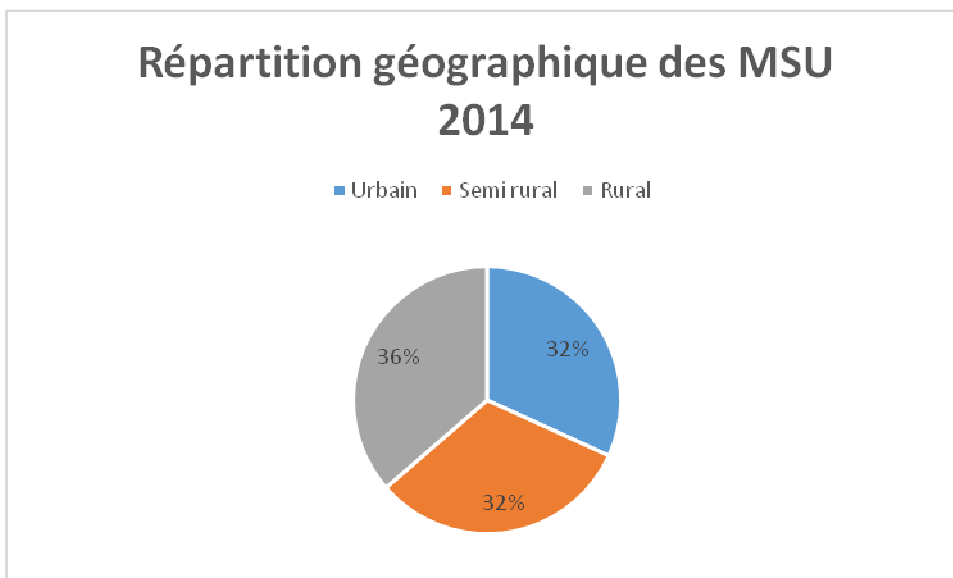


Figure 8 : Répartition Géographique des MSU 2014

- 21 MSU sont urbains, soit 32% de l'échantillon
- 21 MSU sont semi-ruraux, soit 32% de l'échantillon
- 24 MSU sont ruraux, soit 36% de l'échantillon

3.4. Niveau de Burn Out général

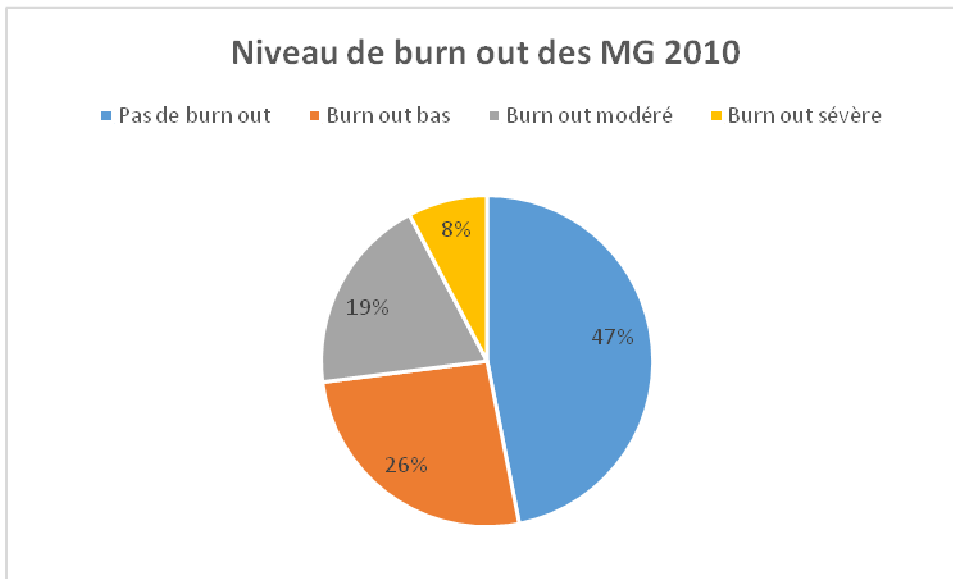


Figure 9 : Niveau de Burn Out des MG 2010

- 151 MG ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 47% de l'échantillon
- 84 MG présentent des signes de Burn Out BAS, soit 26% de l'échantillon
- 62 MG présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 19% de l'échantillon
- 25 MG présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 8% de l'échantillon

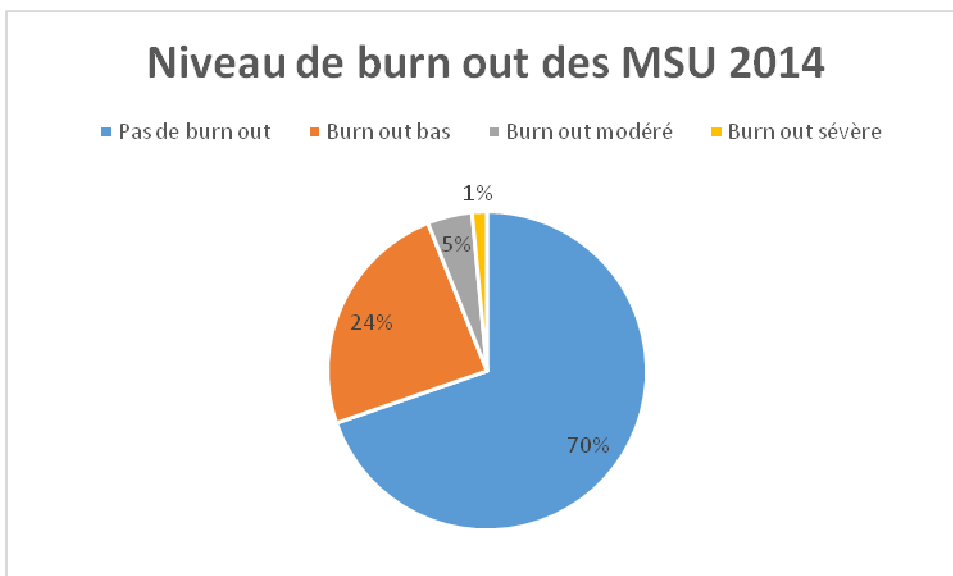


Figure 10 : Niveau de Burn Out des MSU 2014

- 46 MSU ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 70% de l'échantillon
- 16 MSU présentent des signes de Burn Out BAS, soit 24% de l'échantillon
- 3 MSU présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 5% de l'échantillon
- 1 MSU présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 1% de l'échantillon

| NIVEAU DE BO GENERAL | MG Nombre d'individus | MSU Nombre d'individus | p |
|----------------------|--------------------------|---------------------------|---------|
| Pas de BO | 151 (47%) | 46 (70%) | 0.0007 |
| BO bas | 84 | 16 | 0.7550* |
| BO modéré | 62 (19%) | 3 (5%) | 0.0035 |
| BO sévère | 25 | 1 | 0.0700* |

*NS: non significatif

Tableau 1 : comparaison MG / MSU du niveau de BO général

3.5. Niveau de Burn Out selon le sexe

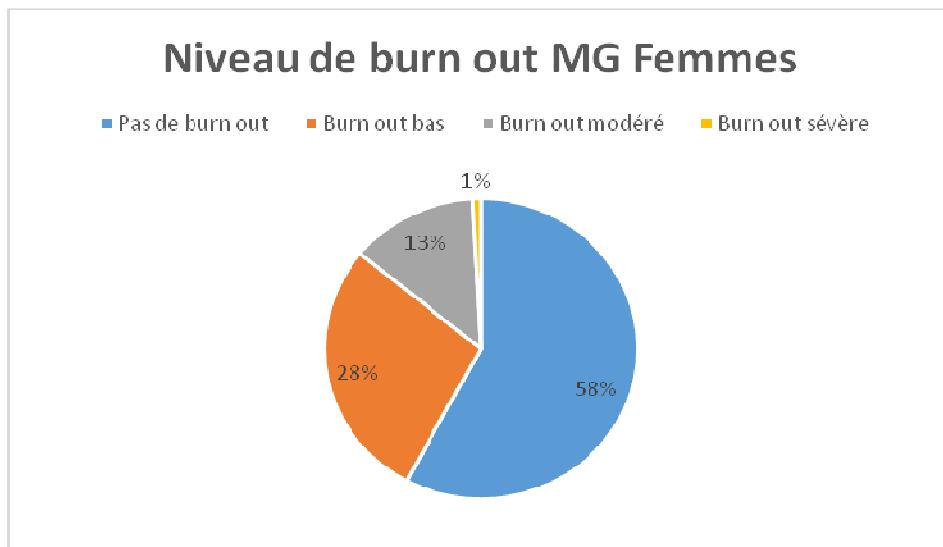


Figure 11 : Niveau de Burn Out chez les MG Femmes

- 66 MG FEMMES ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 58% des femmes
- 32 MG FEMMES présentent des signes de Burn Out BAS, soit 28% des femmes
- 15 MG FEMMES présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 13% des femmes
- 1 MG FEMME présente des signes de Burn Out SEVERE, soit 1% des femmes

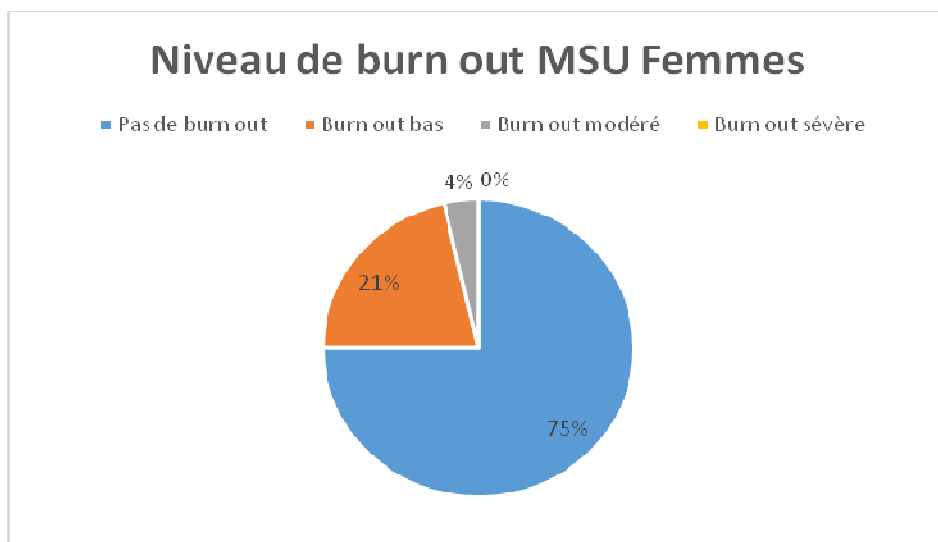


Figure 12 : Niveau de Burn Out chez les MSU Femmes

- 21 MSU FEMMES ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 75% des femmes
- 6 MSU FEMMES présentent des signes de Burn Out BAS, soit 21% des femmes
- 1 MSU FEMME présente des signes de Burn Out MODERE, soit 4% des femmes
- Aucune MSU FEMME ne présente de signes de Burn Out SEVERE, soit 0% des femmes

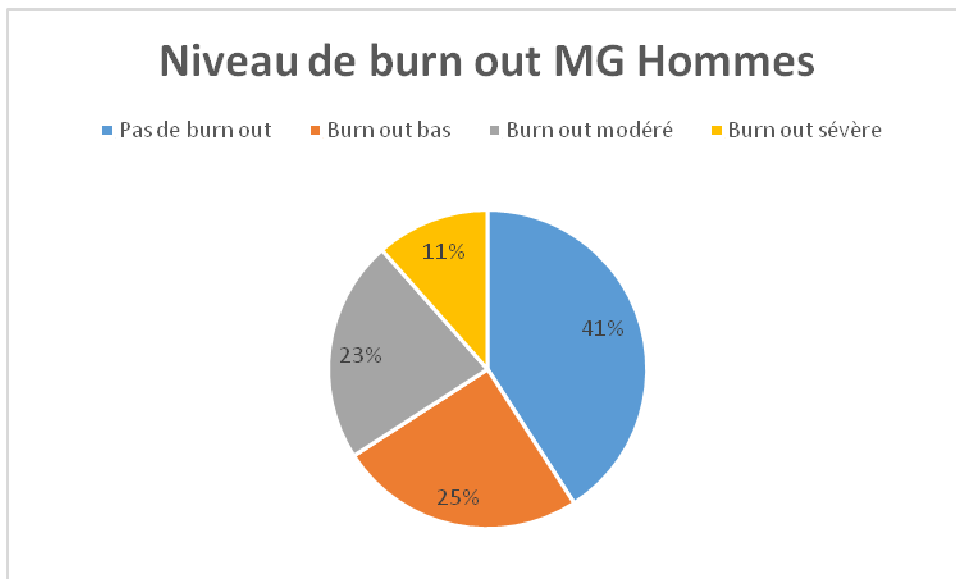


Figure 13 : Niveau de Burn Out chez les MG Hommes

- 85 MG HOMMES ne présentent pas de signe de Burn Out soit, 41% des hommes
- 52 MG HOMMES présentent des signes de Burn Out BAS, soit 25% des hommes
- 47 MG HOMMES présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 23% des hommes
- 24 MG HOMMES présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 11% des hommes

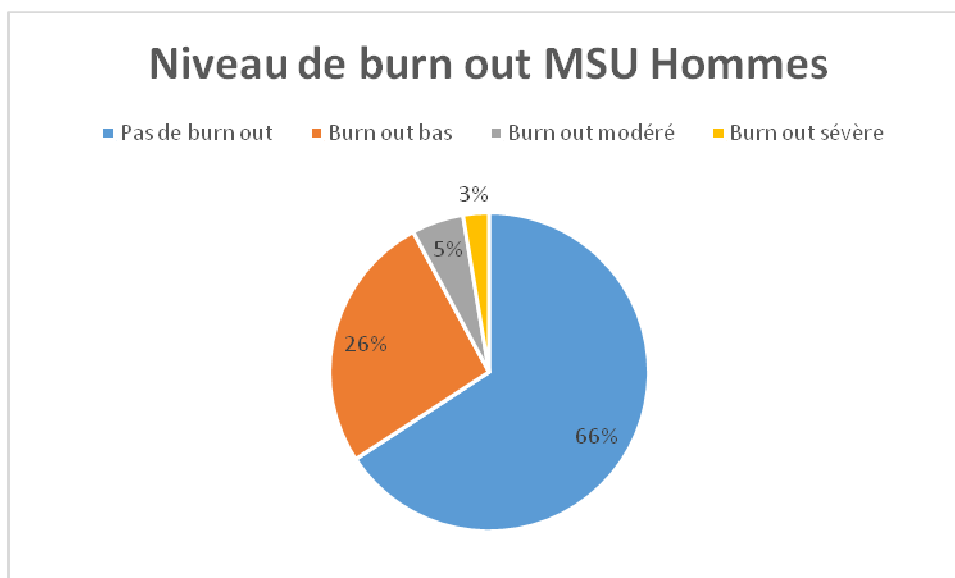


Figure 14 : Niveau de Burn Out chez les MSU Hommes

- 25 MSU HOMMES ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 66% des hommes
- 10 MSU HOMMES présentent des signes de Burn Out BAS, soit 26% des hommes
- 2 MSU HOMMES présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 5% des hommes
- 1 MSU HOMME présente des signes de Burn Out SEVERE, soit 3% des hommes

| NIVEAU DE BO HOMMES | MG Nombre d'individus | MSU Nombre d'individus | p |
|---------------------|--------------------------|---------------------------|--------|
| Pas de BO | 85 (41%) | 25 (66%) | 0.0022 |
| BO bas | 52 | 10 | NS |
| BO modéré | 47 (23%) | 2 (5%) | 0.0069 |
| BO sévère | 24 (11%) | 1 (3%) | 0.0473 |

NS: non significatif

Tableau 2 : comparaison MG / MSU du niveau de BO des hommes

3.6. Niveau de Burn Out selon le secteur d'installation

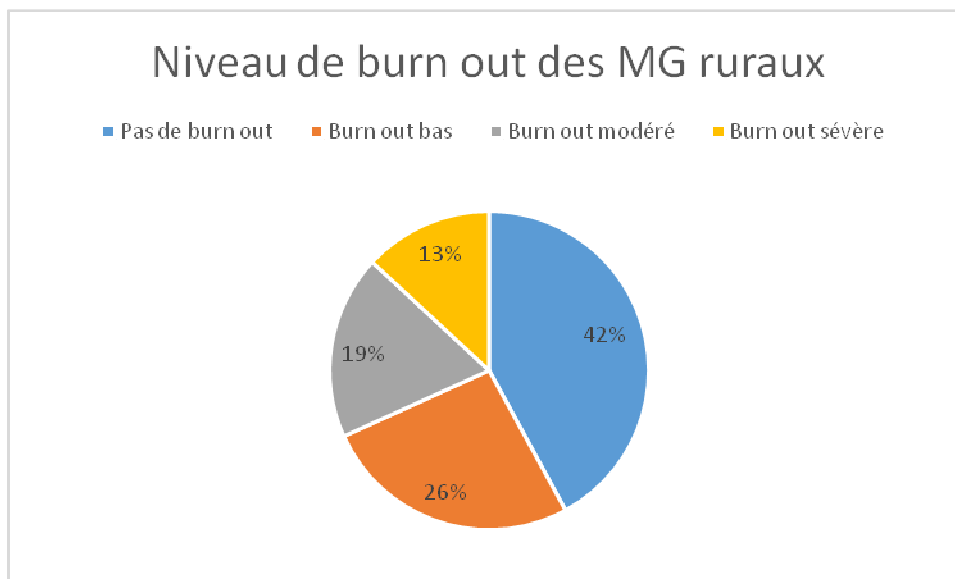


Figure 15 : Niveau de Burn Out chez les MG ruraux

- 45 MG ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 42% des MG ruraux
- 28 MG présentent des signes de Burn Out BAS, soit 26% des MG ruraux
- 20 MG présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 19% des MG ruraux
- 14 MG présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 13% des MG ruraux

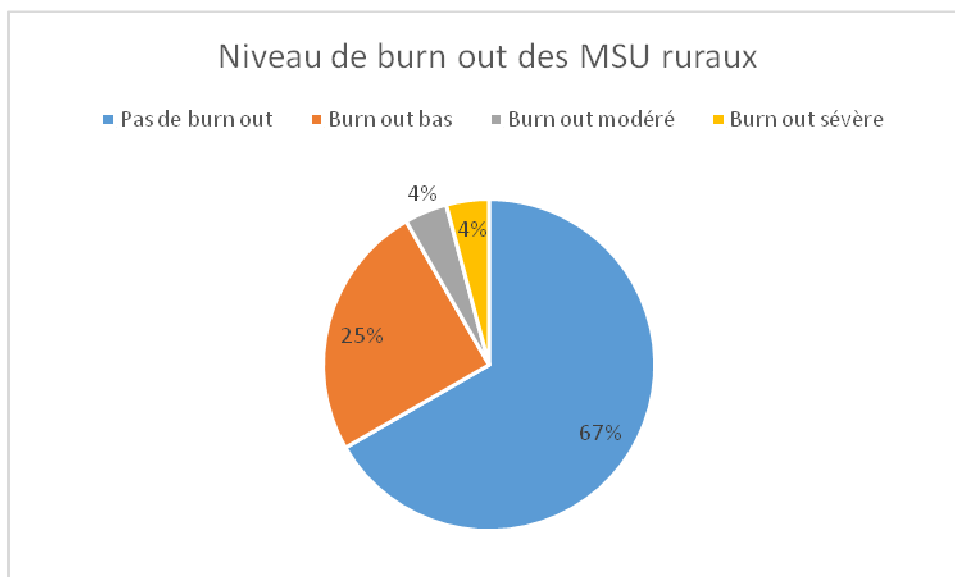


Figure 16 : Niveau de Burn Out chez les MSU ruraux

- 16 MSU ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 67% des MSU ruraux
- 6 MSU présentent des signes de Burn Out BAS, soit 25% des MSU ruraux
- 1 MSU présente des signes de Burn Out MODERE, soit 4% des MSU ruraux
- 1 MSU présente des signes de Burn Out SEVERE, soit 4% des MSU ruraux

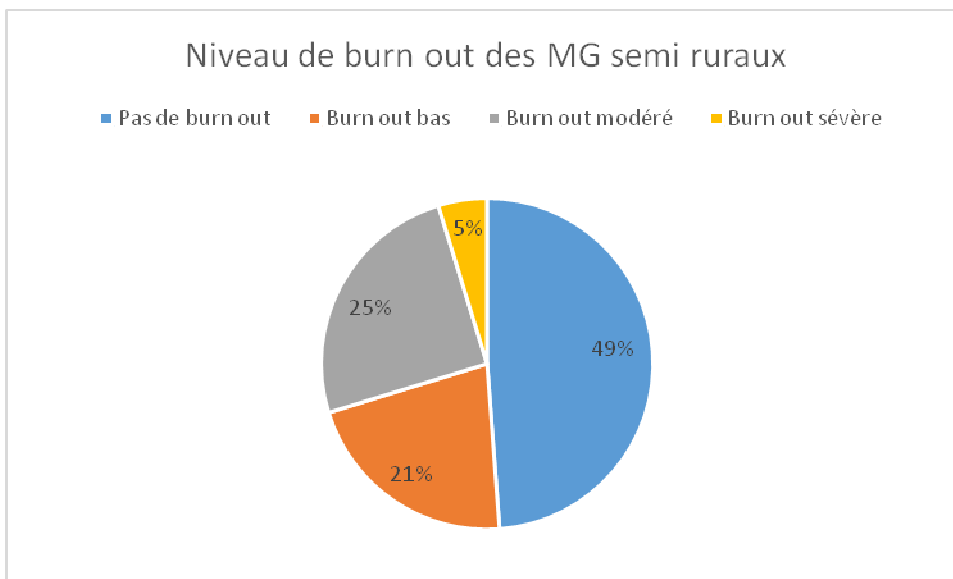


Figure 17 : Niveau de Burn Out chez les MG semi-ruraux

- 41 MG ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 49% des MG semi ruraux
- 18 MG présentent des signes de Burn Out BAS, soit 21% des MG semi ruraux
- 21 MG présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 25% des MG semi ruraux
- 4 MG présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 5% des MG semi ruraux

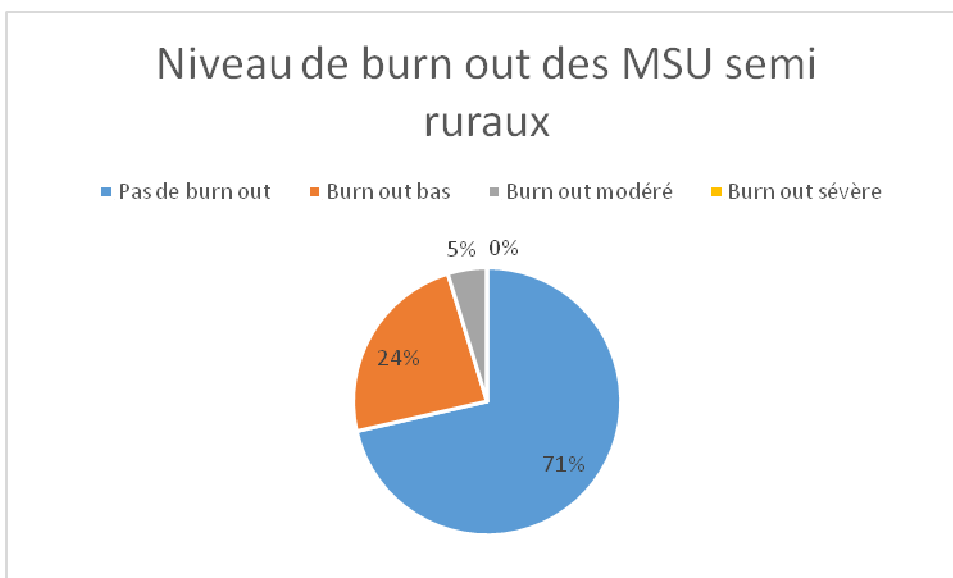


Figure 18 : Niveau de Burn Out chez les MSU semi-ruraux

- 15 MSU ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 71% des MSU semi ruraux
- 5 MSU présentent des signes de Burn Out BAS, soit 24% des MSU semi ruraux
- 1 MSU présente des signes de Burn Out MODERE, soit 5% des MSU semi ruraux
- Aucun MSU ne présente de signes de Burn Out SEVERE, soit 0% des MSU semi ruraux

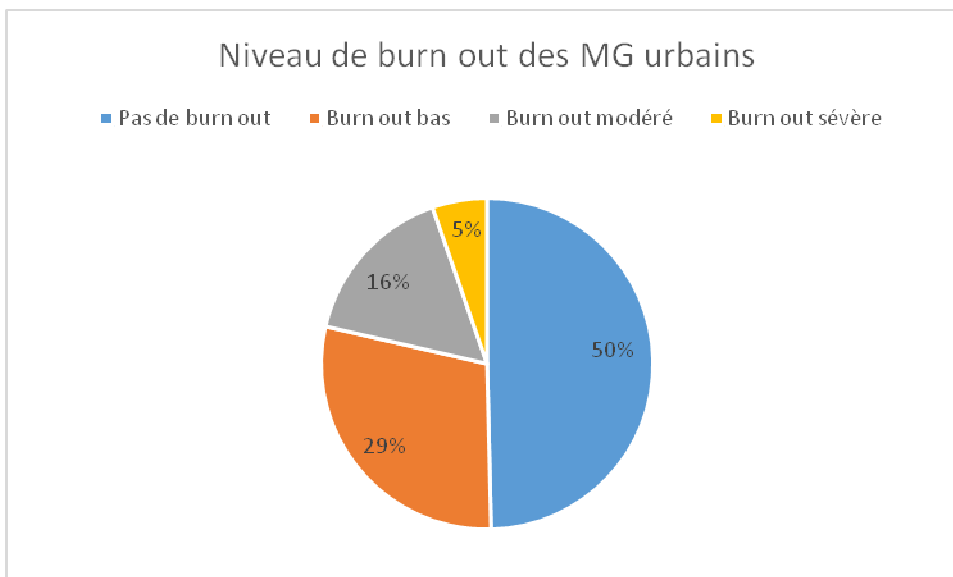


Figure 19 : Niveau de Burn Out chez les MG urbains

- 65 MG ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 50% des MG urbains
- 38 MG présentent des signes de Burn Out BAS, soit 29% des MG urbains
- 21 MG présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 16% des MG urbains
- 7 MG présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 5% des MG urbains

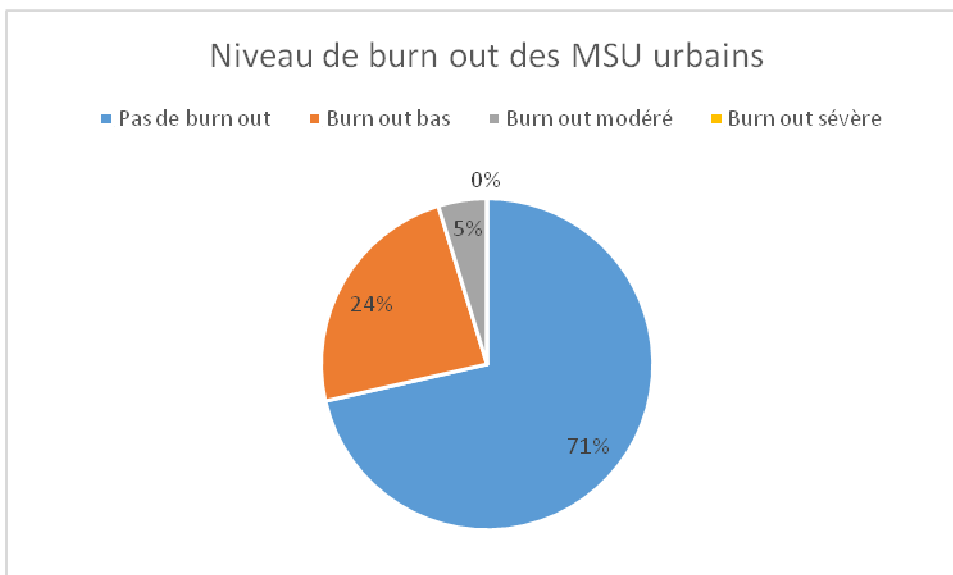


Figure 20 : Niveau de Burn Out chez les MSU urbains

- 15 MSU ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 71% des MSU urbains
- 5 MSU présentent des signes de Burn Out BAS, soit 24% des MSU urbains
- 1 MSU présente des signes de Burn Out MODERE, soit 5% des MSU urbains
- Aucun MSU ne présente de signes de Burn Out SEVERE, soit 0% des MSU urbains

3.7. Niveau de Burn Out selon l'âge

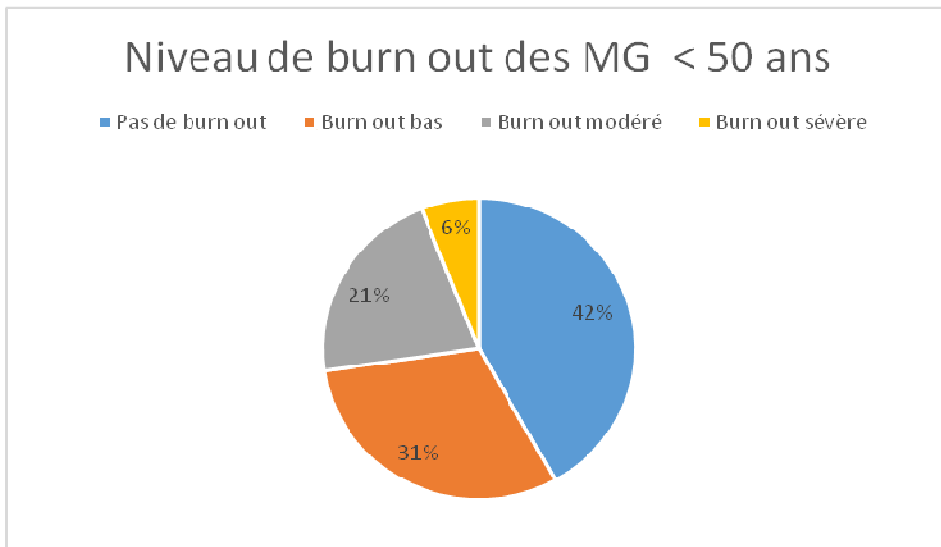


Figure 21 : Niveau de Burn Out chez les MG < 50 ans

- 49 MG ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 42% des MG < 50 ans
- 36 MG présentent des signes de Burn Out BAS, soit 31% des MG < 50 ans
- 25 MG présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 21% des MG < 50 ans
- 7 MG présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 7% des MG < 50 ans

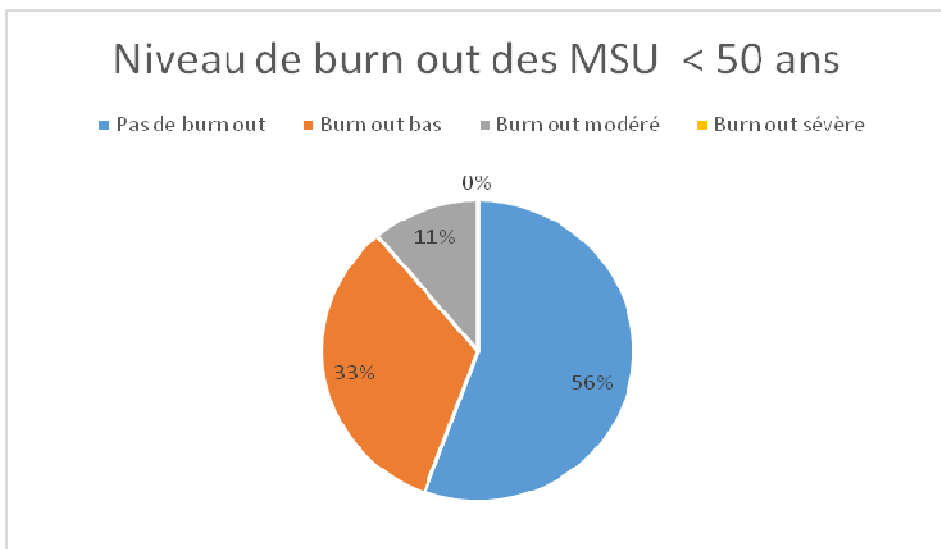


Figure 22 : Niveau de Burn Out chez les MSU < 50 ans

- 10 MSU ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 56% des MSU < 50 ans
- 6 MSU présentent des signes de Burn Out BAS, soit 33% des MSU < 50 ans
- 2 MSU présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 11% des MSU < 50 ans
- Aucun MSU ne présente de signes de Burn Out SEVERE, soit 0% des MSU < 50 ans

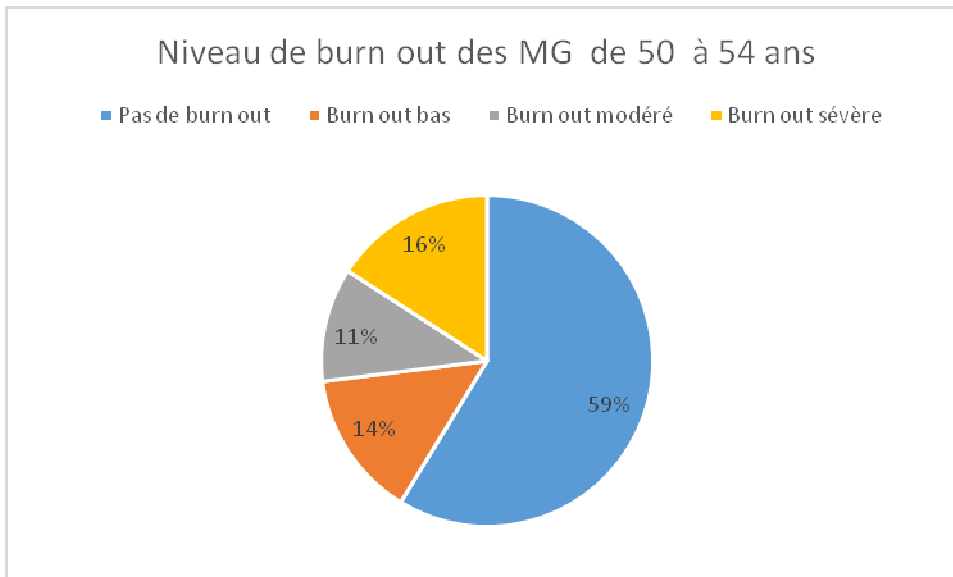


Figure 23 : Niveau de Burn Out chez les 50 ans < MG < 54 ans

- 37 MG ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 59% des MG de 50 à 54 ans
- 9 MG présentent des signes de Burn Out BAS, soit 14% des MG de 50 à 54 ans
- 7 MG présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 11% des MG de 50 à 54 ans
- 10 MG présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 16% des MG de 50 à 54 ans

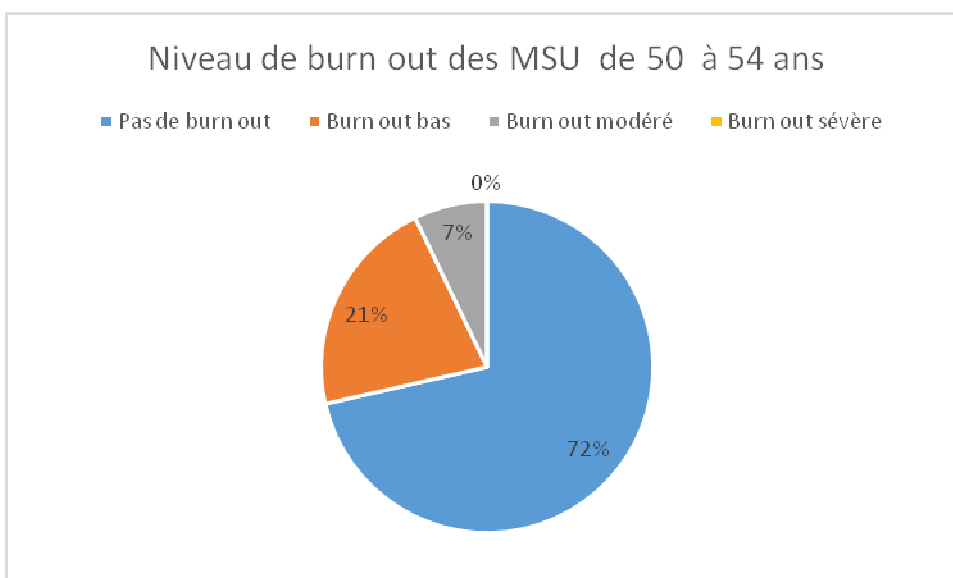


Figure 24 : Niveau de Burn Out chez les 50 ans < MSU < 54 ans

- 10 MSU ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 72% des MSU de 50 à 54 ans
- 3 MSU présentent des signes de Burn Out BAS, soit 21% des MSU de 50 à 54 ans
- 1 MSU présente des signes de Burn Out MODERE, soit 7% des MSU de 50 à 54 ans
- Aucun MSU ne présente de signes de Burn Out SEVERE, soit 0% des MSU de 50 à 54 ans

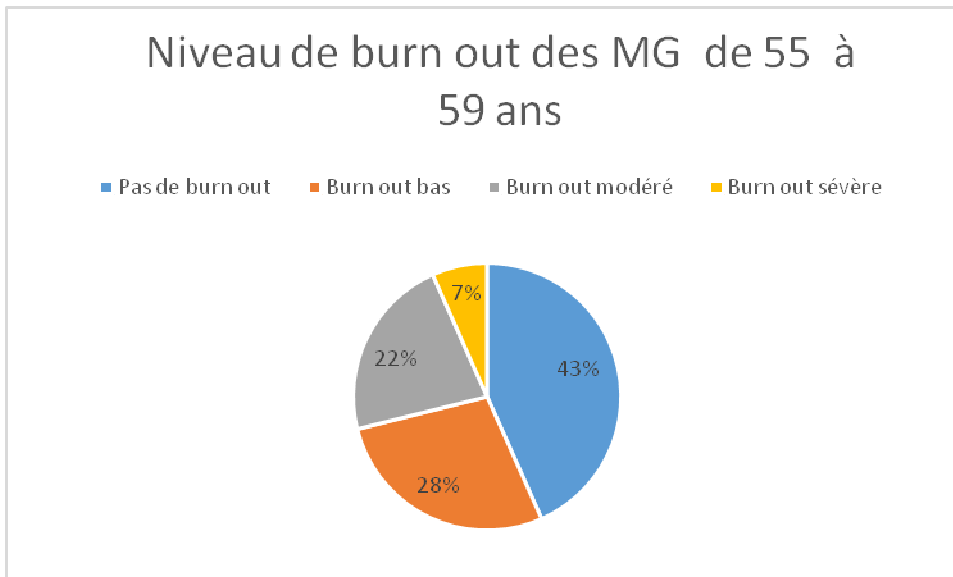


Figure 25 : Niveau de Burn Out chez les 55 ans < MG < 59 ans

- 39 MG ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 43% des MG de 55 à 59 ans
- 25 MG présentent des signes de Burn Out BAS, soit 28% des MG de 55 à 59 ans
- 20 MG présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 22% des MG de 55 à 59 ans
- 6 MG présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 7% des MG de 55 à 59 ans

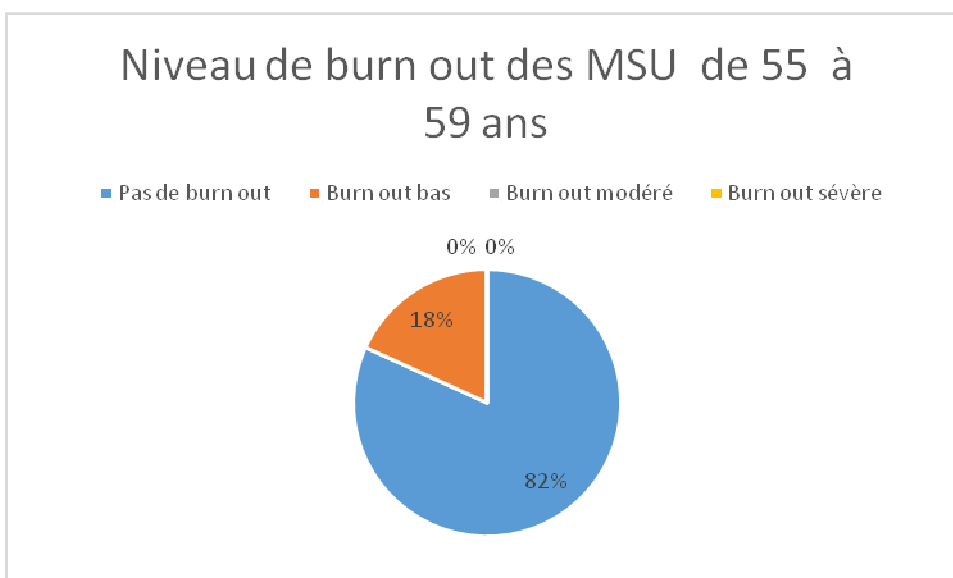


Figure 26 : Niveau de Burn Out chez les 55 ans < MSU < 59 ans

- 18 MSU ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 82% des MSU de 55 à 59 ans
- 4 MSU présentent des signes de Burn Out BAS, soit 18% des MSU de 55 à 59 ans
- Aucun MSU ne présente des signes de Burn Out MODERE, soit 0% des MSU de 55 à 59 ans
- Aucun MSU ne présente de signes de Burn Out SEVERE, soit 0% des MSU de 55 à 59 ans

| NIVEAU DE BO 55-59 ANS | MG Nombre d'individus | MSU Nombre d'individus | p |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------|
| Pas de BO | 39 (43%) | 18 (82%) | 0.0006 |
| BO bas | 25 | 4 | NS |
| BO modéré | 20 | 0 | NS |
| BO sévère | 6 | 0 | NS |

NS: non significatif

Tableau 3 : comparaison MG / MSU du niveau de BO des 55-59 ans

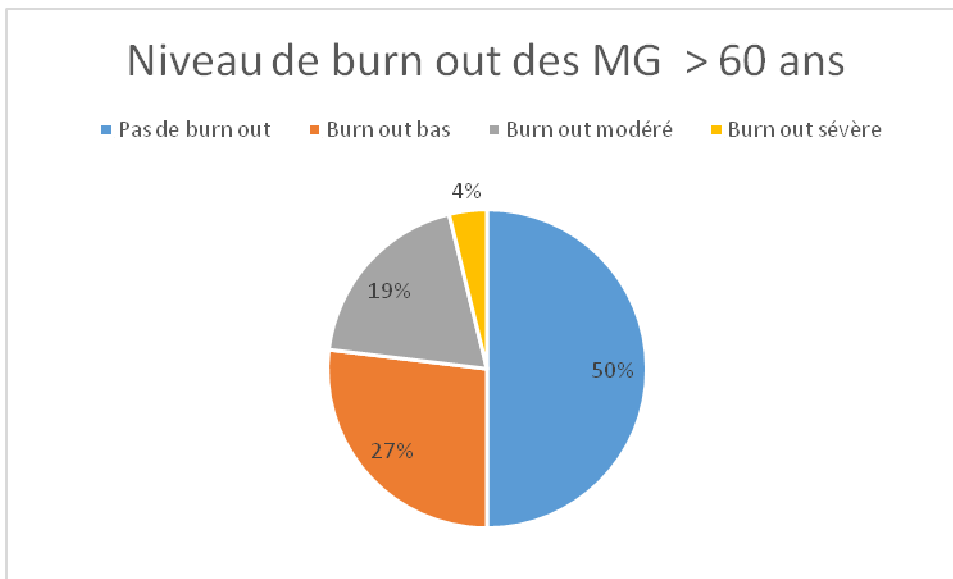


Figure 27 : Niveau de Burn Out chez les MG > 60 ans

- 26 MG ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 50% des MG > 60 ans
- 14 MG présentent des signes de Burn Out BAS, soit 27% des MG > 60 ans
- 10 MG présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 19% des MG > 60 ans
- 2 MG présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 4% des MG > 60 ans

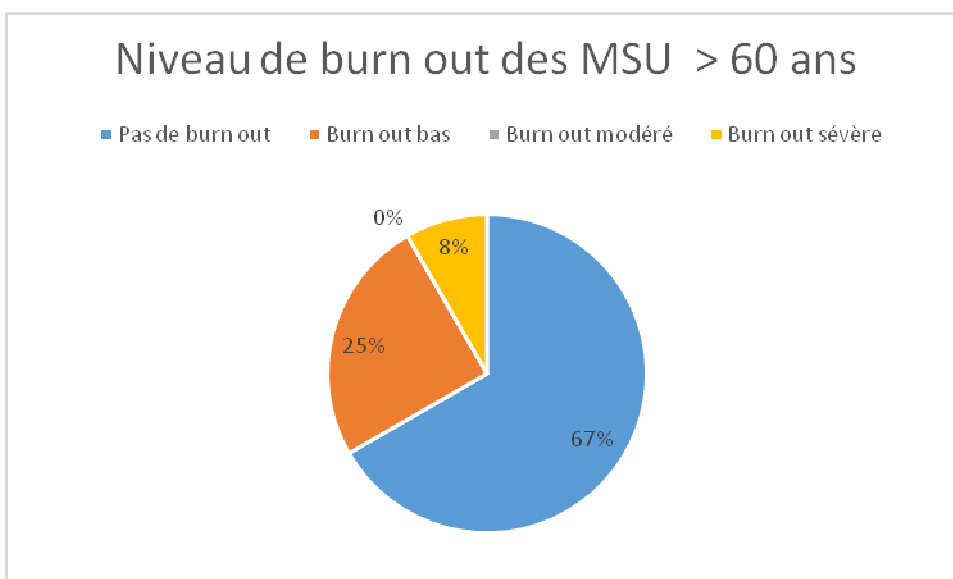


Figure 28 : Niveau de Burn Out chez les MSU > 60 ans

- 8 MSU ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 67% des MSU > 60 ans
- 3 MSU présentent des signes de Burn Out BAS, soit 25% des MSU > 60 ans
- Aucun MSU ne présente de signes de Burn Out MODERE, soit 0% des MSU > 60 ans
- 1 MSU présente des signes de Burn Out SEVERE, soit 8% des MSU > 60 ans

3.8. Niveau de Burn Out selon le type d'exercice : seul ou en groupe

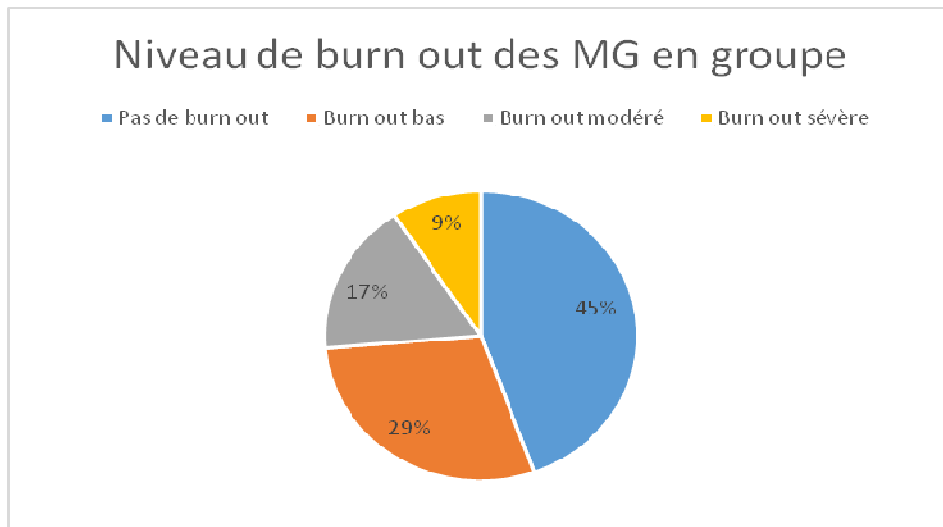


Figure 29 : Niveau de Burn Out chez les MG exerçant en groupe

- 76 MG ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 45% des MG exerçant en groupe
- 50 MG présentent des signes de Burn Out BAS, soit 29% des MG en groupe
- 29 MG présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 17% des MG en groupe
- 16 MG présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 9% des MG en groupe

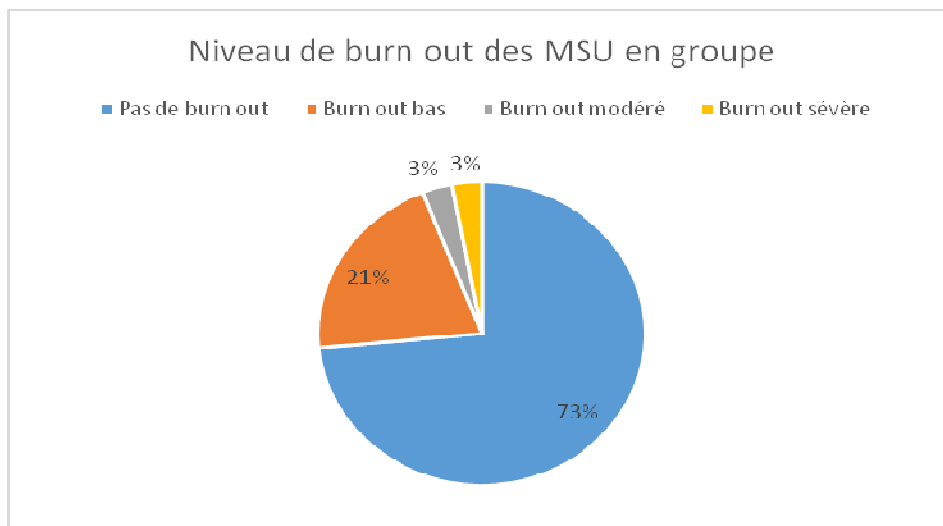


Figure 30 : Niveau de Burn Out chez les MSU exerçant en groupe

- 25 MSU ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 73% des MSU exerçant en groupe
- 7 MSU présentent des signes de Burn Out BAS, soit 21% des MSU en groupe
- 1 MSU ne présente de signes de Burn Out MODERE, soit 3% des MSU en groupe
- 1 MSU présente des signes de Burn Out SEVERE soit 3% des MSU en groupe

| NIVEAU DE BO EN GROUPE | MG Nombre d'individus | MSU Nombre d'individus | p |
|------------------------|--------------------------|---------------------------|---------|
| Pas de BO | 76 (45%) | 25 (73%) | 0.00097 |
| BO bas | 50 | 7 | NS |
| BO modéré | 29 (18%) | 1 (3%) | 0.01734 |
| BO sévère | 16 | 1 | NS |

NS: non significatif

Tableau 4 : comparaison MG / MSU du niveau de BO des médecins exerçant en groupe

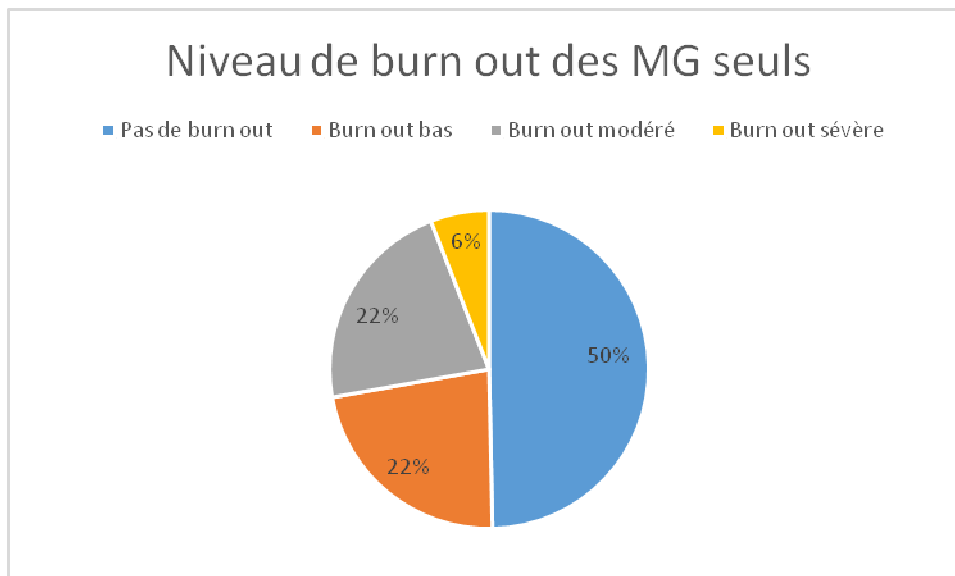


Figure 31 : Niveau de Burn Out chez les MG exerçant seuls

- 75 MG ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 50% des MG exerçant seuls
- 34 MG présentent des signes de Burn Out BAS, soit 22% des MG exerçant seuls
- 33 MG présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 22% des MG exerçant seuls
- 9 MG présentent des signes de Burn Out SEVERE, soit 6% des MG exerçant seuls

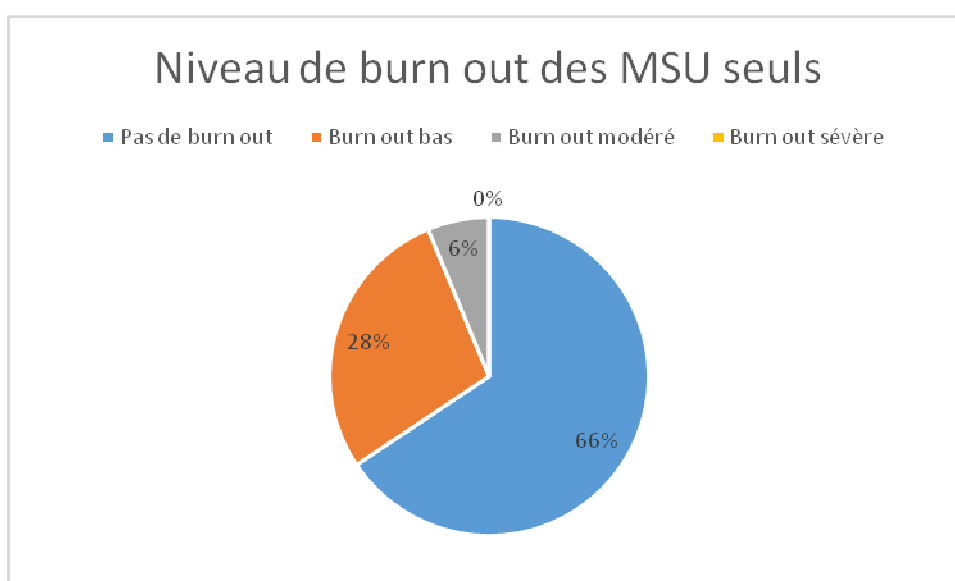


Figure 32 : Niveau de Burn Out chez les MSU exerçant seuls

- 21 MSU ne présentent pas de signe de Burn Out, soit 66% des MSU exerçant seuls
- 9 MSU présentent des signes de Burn Out BAS, soit 28% des MSU exerçant seuls
- 2 MSU présentent des signes de Burn Out MODERE, soit 6% des MSU exerçant seuls
- Aucun MSU ne présente des signes de Burn Out SEVERE, soit 0% des MSU exerçant seuls

3.9. Niveau de Burn Out selon le statut familial

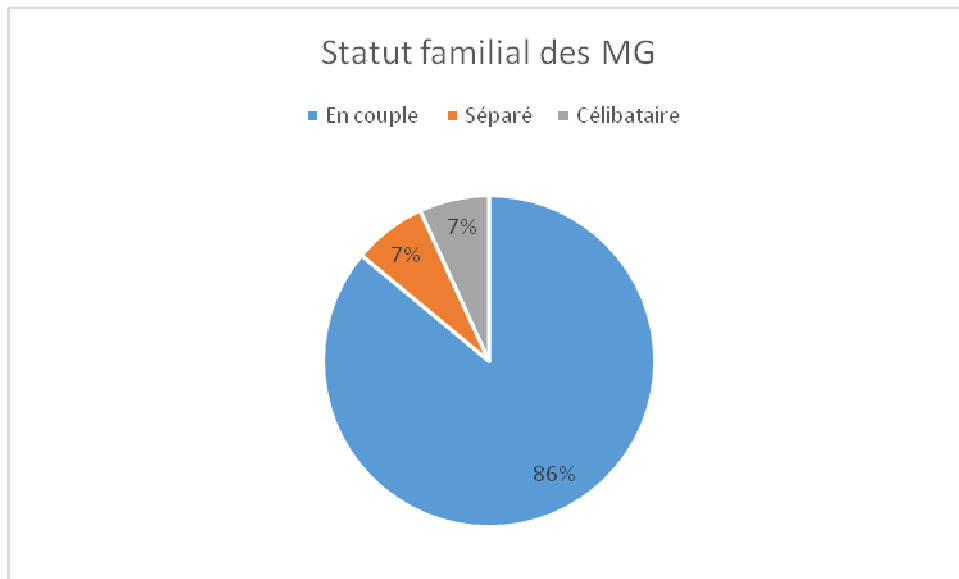


Figure 33 : Niveau de Burn Out chez les MG fonction de leur statut familial

Parmi les 322 MG, 277 vivent en couple (86%), 23 sont séparés (7%) et 22 sont célibataires (7%).

Pas de burn out ou burn out bas:

- 77% des MG célibataires
- 73% des MG vivant en couple
- 65% des MG vivant séparés

Burn out modéré ou sévère:

- 23% des MG célibataires
- 27% des MG vivant en couple
- 35% des MG vivant séparés

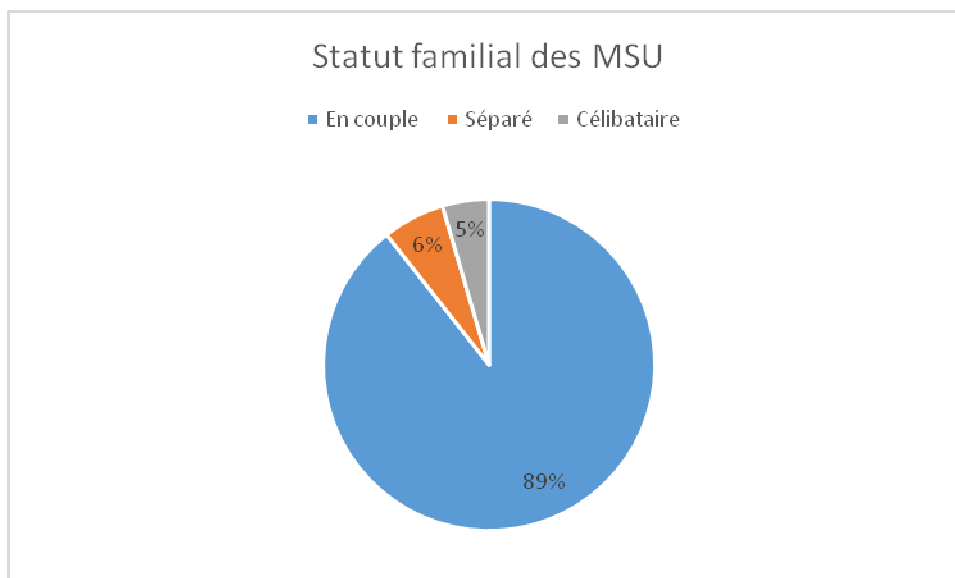


Figure 34 : Niveau de Burn Out chez les MSU fonction de leur statut familial

Parmi les 66 MSU:

- 59 vivent en couple (89%),
- 4 sont séparés (6%),
- 3 sont célibataires (5%).

| NIVEAU DE BO EN COUPLE | MG Nombre d'individus | MSU Nombre d'individus | p |
|------------------------|--------------------------|---------------------------|----------|
| Pas de BO | 132 (48%) | 41 (70%) | 0.001154 |
| BO bas | 70 | 14 | NS |
| BO modéré | 54 (20%) | 3 (5%) | 0.003707 |
| BO sévère | 21 (8%) | 1 (2%) | 0.04851 |

NS: non significatif

Tableau 5 : comparaison MG / MSU du niveau de BO des médecins vivant en couple

3.10. Niveau de Burn Out selon le nombre d'enfants

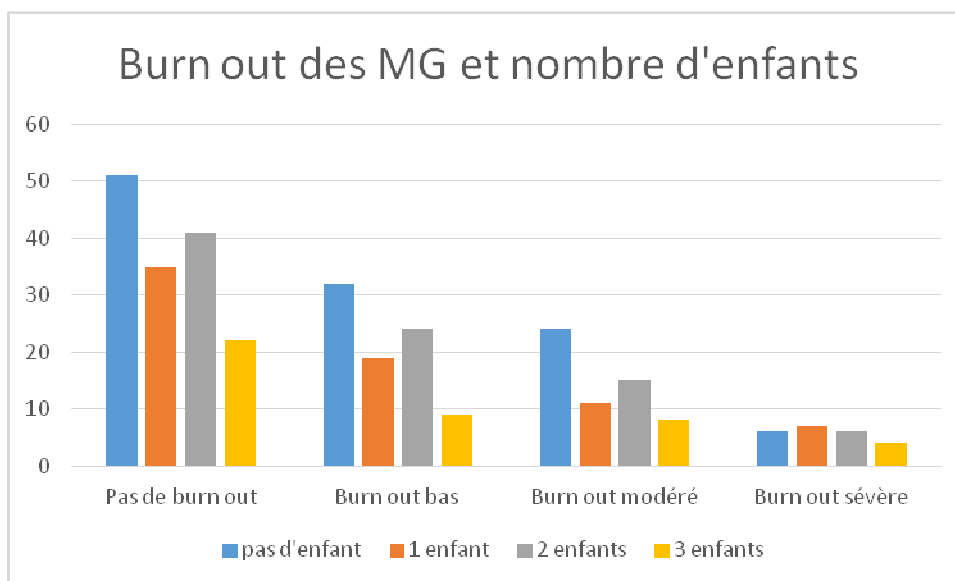


Figure 35 : Niveau de Burn Out chez les MG fonction du nombre d'enfants

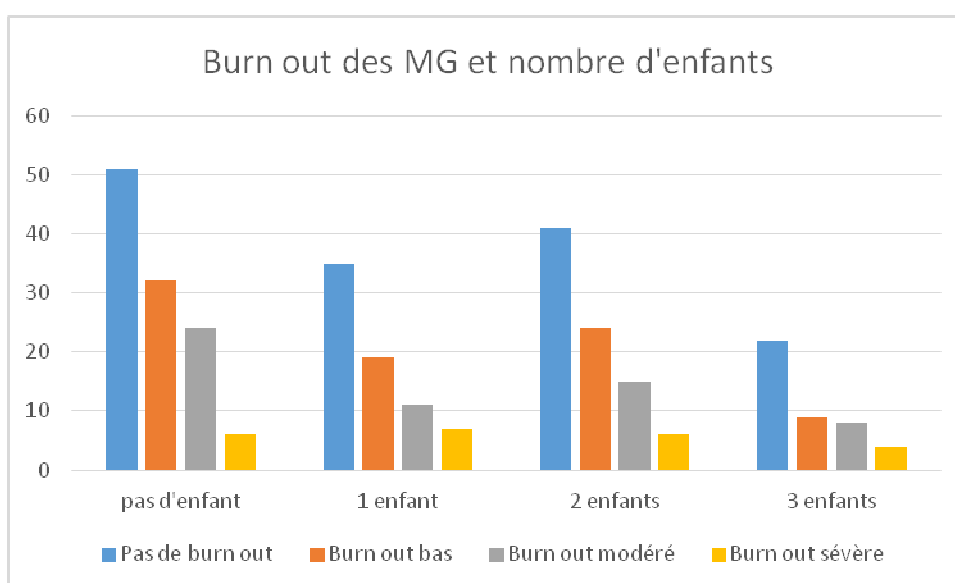


Figure 36 : Nombre d'enfants par MG fonction du niveau de Burn Out

Pas de burn out ou burn out bas:

- 74% des MG sans enfant
- 75% des MG ayant 1 enfant
- 76% des MG ayant 2 enfants
- 72% des MG ayant 3 enfants

| NIVEAU DE BO AVEC ENFANT(S) | MG Nombre d'individus | MSU Nombre d'individus | p |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------|
| Pas de BO | 100 (48%) | 42 (68%) | 0.001922 |
| BO bas | 52 | 15 | NS |
| BO modéré | 38 (18%) | 3 (4%) | 0.005548 |
| BO sévère | 19 | 1 | NS |

NS: non significatif

Tableau 6 : comparaison MG / MSU du niveau de BO des médecins avec enfant(s)

3.11. Niveau de Burn Out selon le temps de travail hebdomadaire des MSU

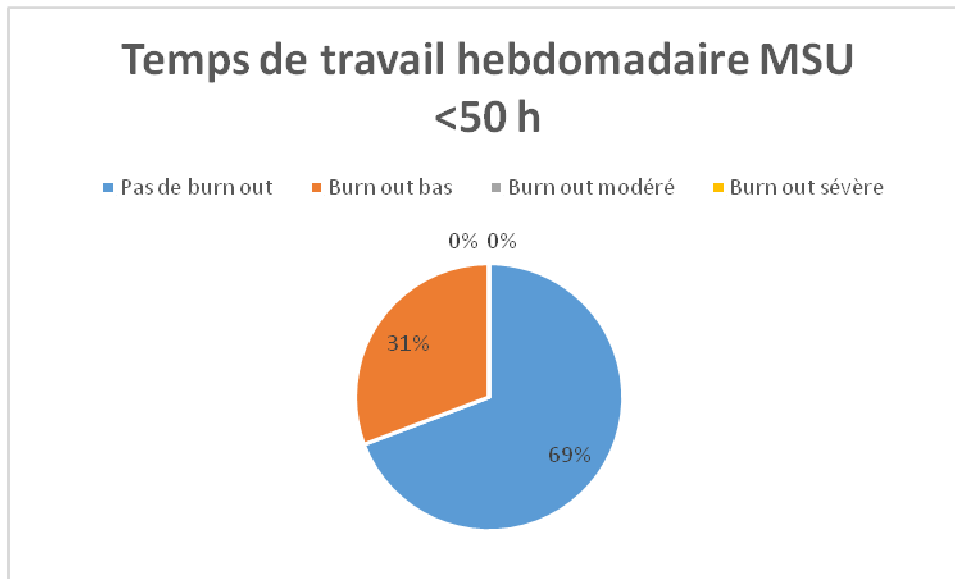


Figure 37 : Niveau de Burn Out chez les MSU travaillant moins de 50h/semaine
Parmi les 26 MSU déclarant travailler moins de 50 heures par semaine, 69% ne présentent pas de signe de burn out et 31% obtiennent des scores de burn out bas.

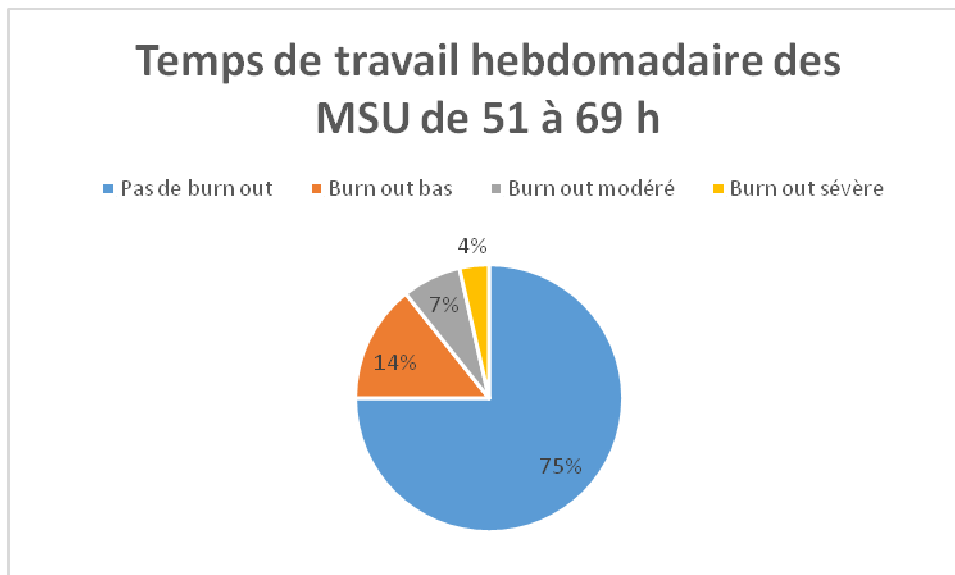


Figure 38 : Niveau de Burn Out chez les MSU travaillant 51h < semaine < 69h
Parmi les 28 MSU déclarant travailler de 51 à 69 heures par semaine, 75% ne présentent pas de signe de burn out, 14% obtiennent des scores de burn out bas. 7% des scores de burn out modéré et 4% des scores de burn out sévère.

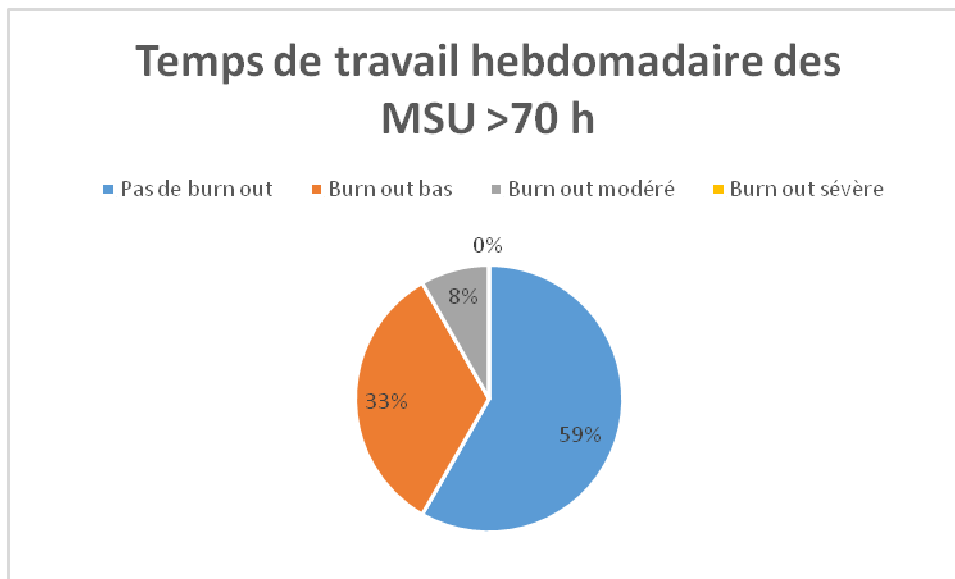


Figure 39 : Niveau de Burn Out chez les MSU travaillant plus de 70h/semaine

Parmi les 12 MSU déclarant travailler plus de 70 heures par semaine, 59% ne présentent pas de signe de burn out, 33% obtiennent des scores de burn out bas et 8% des scores de burn out modéré.

3.12. Sentiments des MSU par rapport à leur travail

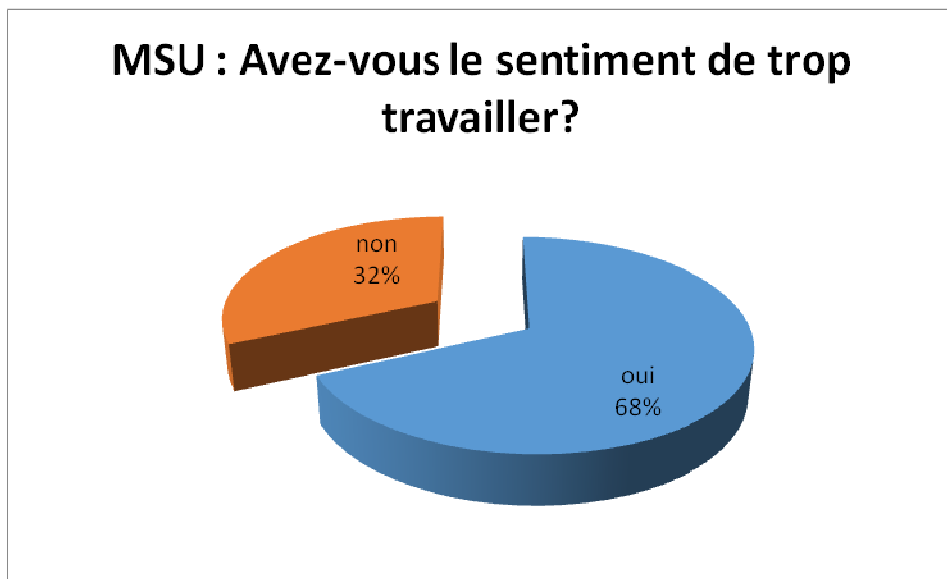


Figure 40 : Sentiment des MSU / à la quantité de travail
45 MSU estiment qu'ils travaillent trop, soit 68% d'entre eux

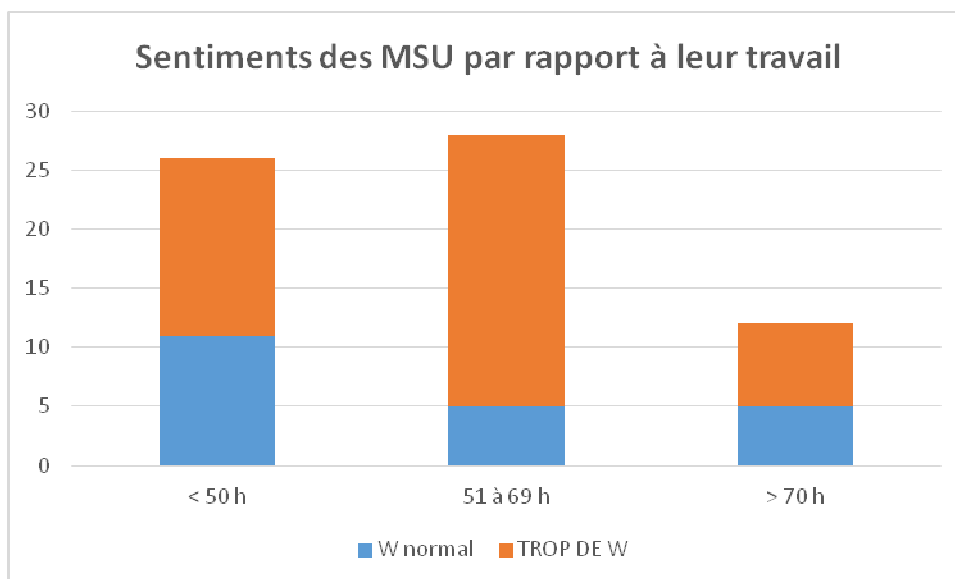


Figure 41 : Sentiment des MSU / au nombre d'heures travaillées/semaine

60% des MSU travaillant 50 h et moins par semaine estiment qu'ils travaillent trop.
82% des MSU travaillant 51 à 69 h par semaine estiment qu'ils travaillent trop.
60% des MSU travaillant 70 h et plus par semaine estiment qu'ils travaillent trop.

3.13. Loisirs des MSU

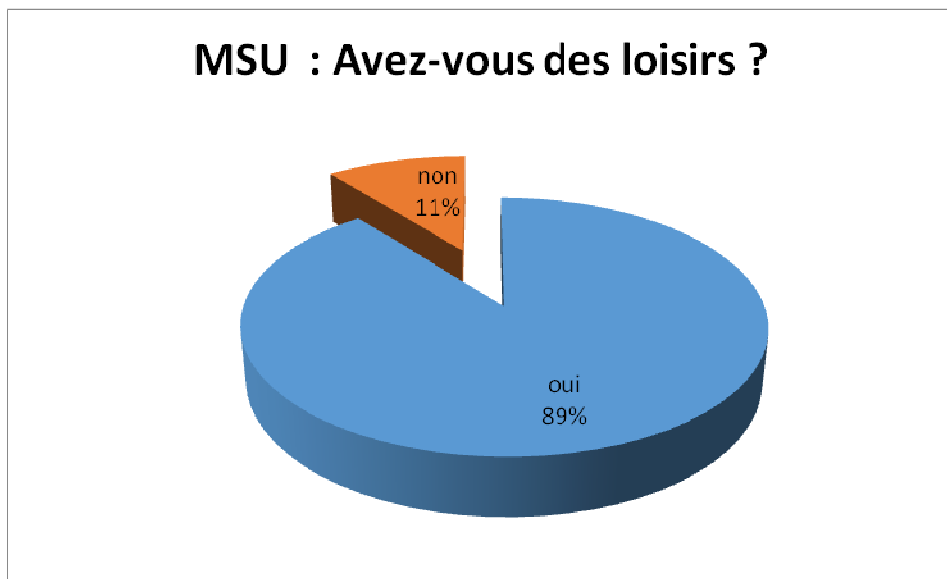


Figure 42 : Relation des MSU aux loisirs

59 MSU, soit 89% de l'échantillon déclarent avoir des loisirs.

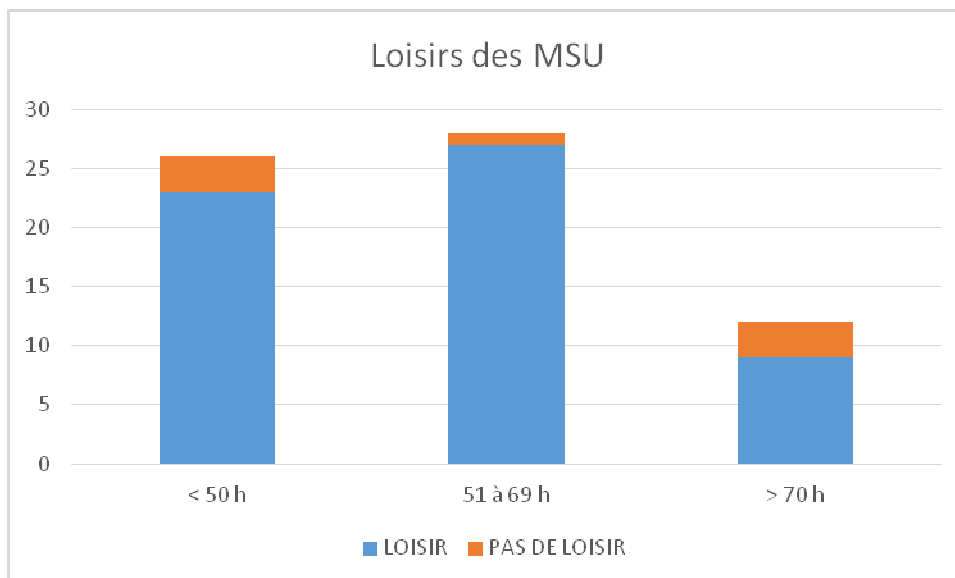


Figure 43 : Relation des MSU aux loisirs fonction du nombre d'heures/semaine

7 MSU déclarent n'avoir pas de loisir:

- 3 travaillent moins de 50 h par semaine, 1 travaille entre 51 et 69 h par semaine, 3 travaillent plus de 70 h par semaine.
- 5 femmes (3 de 40 ans, 1 de 54 ans, 1 de 59 ans) et 2 hommes de 54 ans
- 4 travaillent trop (3 moins de 50 h et 1 plus de 70 h) et 3 travaillent en groupe
- 5 exercent en semi rural et 2 en urbain
- 4 ont 3 enfants, 2 ont 1 enfant et 1 a 2 enfants
- 5 vivent en couple et 2 sont séparés
- 1 n'a pas de burn out, 5 ont un burn out bas et 1 un burn out modéré

3.14. Commentaires, remarques et suggestions recueillis par la question ouverte finale

« Une des qualités de vie du médecin repose sur l'équilibre entre vie familiale et professionnelle. Un médecin qui s'adonne uniquement à son travail, même passionné, arrivera à mon sens au burn out vu les exigences actuelles de notre profession. Il est bien évident qu'une organisation en groupe avec partage du travail (non pas seulement des moyens) apporte une importante souplesse et est fondamentale pour l'équilibre du médecin. Ainsi, du fait de cette parfaite entente à tous les niveaux, il peut s'octroyer des plages de break relativement fréquentes et ainsi se ressourcer = C'est le vrai travail constructif d'un groupe. »

« Dans heures de travail sont incluses les plages horaires (souvent de nuit, consacrées à l'engagement syndical et à la ...; ce que je considère comme un véritable travail en lien avec mon métier.

J'ajoute que je suis dans le groupe qui a participé au démarrage de l'APSS (créée par le CNOM et la ...), structure qui prend en charge les soignants en difficulté. »

« J'espère être efficace!! je vais peut-être m'abstenir de calculer mon score!! Bon courage. »

« Enquête étonnante dont les résultats m'intéressent. Merci de votre intérêt et de nous permettre de nous exprimer. Bon courage. »

« Bon courage pour ce travail très intéressant. Plus que les patients, c'est pour moi l'environnement administratif, règlementaire, sécu, informatique, etc qui aurait tendance à m'épuiser et parfois me donner envie de faire autre chose. »

« Peu de temps de loisirs; 8 semaines de congés par année et un chemin de vie qui me permet même si je tombe dans un trou ou une ornière de me retrouver sur mon chemin tôt ou tard, ça fait partie du voyage. »

« Ne surtout pas négliger l'importance des groupes de paroles tels balint. »

« Je crois surtout que le métier de médecin généraliste de premier recours n'a finalement que peu d'intérêt et c'est d'ailleurs l'avis de la société française puisque les généralistes français sont les moins bien rémunérés en Europe Occidentale. Que fait un généraliste: la merde que lui laissent les ingénieurs en médecine(synonymes: spécialistes), c'est-à-dire la paperasse, les cas sociaux, les pseudo urgences à la con, le médico-légal sans intérêt, les certificats de décès, les questionnaires débiles de la sécu, les gardes de nuit avec des trajets à 70 bornes aller, les certificats d'aptitude à tout et surtout rien, les poivrots, les soulocrates, les schizophrènes agités vers 23h, etc; quel beau métier! Heureusement je

suis président d'un merveilleux ... et ça c'est super. Je n'ai pas calculé mon score, c'est inutile de toutes façon il faut ramer x ans encore, alors... Bon courage. »

« Je trouve ce travail très valorisant, passionnant, varié, j'aime le contact avec les patients et connaître leur histoire. L'inconvénient est le nombre d'heures par semaine et la difficulté à garder du temps pour soi, ce qui est physiquement épuisant. Il faut aussi tenir compte des heures de formation continue, qui prennent trop de temps sur la vie familiale. »

« Je suis une passionnée hyperactive qui aime les gens mais commence à vieillir. Je cherche des solutions pour continuer à valoriser mon travail et en faire moins pour ne pas craquer pour de bon Mes jeunes stagiaires m'aident énormément. Je vous souhaite beaucoup de bonheur dans ce métier, sans vous laisser submerger... »

« Merci pour la consultation! je ne me voyais pas si bas ou si mal.! »

« Je suis MSU depuis 3 ans et regrette de ne pas l'avoir fait plus tôt. »

« J'ai l'impression d'être en prison, il ne me reste plus qu'à compter le nombre d'années qu'il me reste à tirer, et il en reste. »

« Je me suis installé il y a plusieurs années après avoir fait des remplacements. Maintenant j'ai honte de ce qu'est devenu, ce que je considérais il y a quelques années encore, comme le plus beau métier. Trop de paperasse, ras le bol des patients qui quémandent tout et n'importe quoi, aucune considération... Heureusement que j'ai une autre vie à côté sinon je serais au fond du trou. »

« J'étais passionnée, mais ça c'était avant. Ce travail que j'avais pourtant choisi m'a usé, en fait ce n'est pas tant le travail en lui-même, ce serait plutôt l'attitude des patients de plus en plus exigeants, peu reconnaissants et tout l'administratif avec en plus une certaine pression de la sécu. Pour l'instant j'arrive encore à prendre du recul mais pour combien de temps? Bon courage quand même. »

4. DISCUSSION

4.1. Limites et points forts

4.1.1. Limites

1. Le concept de burn out, en lui-même, est complexe; les origines et mécanismes sont multiples et interdépendants.
2. Le MBI test est un auto-questionnaire, d'où une subjectivité des réponses. Est-ce qu'un médecin atteint de burn out peut répondre de façon complètement objective? Est-il pleinement conscient de sa souffrance ou bien a-t-il tendance à la nier?
3. Le burn out n'est-il pas sous-estimé? Les médecins atteints de BO élevé ont-ils tous répondu? On peut se poser la question dans la mesure où le BO peut entraîner un manque d'énergie ou de motivation ainsi qu'un risque d'évitement.
4. La période de l'étude: le questionnaire a été envoyé en février 2014 avec une relance au mois d'avril 2014, c'est-à-dire en dehors de la période hivernale où la charge de travail est peut-être maximale. Aurions-nous eu les mêmes résultats à une autre période de l'année?

4.1.2. Points forts

1. Le taux de réponse important: 68.7%
2. Un intérêt marqué pour le sujet puisque la majorité des MSU interrogés ont fait des remarques ou commentaires avec un désir de connaître les résultats de l'enquête.

4.2. Validité du travail

L'objectif principal de notre travail est de savoir si le statut de Maître de Stage des Universités MSU protège les Médecins Généralistes (MG) du burn out. Pour cela, nous avons comparé les résultats de deux enquêtes similaires utilisant le test Maslach Burn out Inventory (MBI) : une enquête en 2010 interrogeant l'ensemble des MG du Limousin et une enquête en 2014 interrogeant seulement les MSU de la même région.

Nous comparerons nos résultats avec d'autres enquêtes ce qui permettra de savoir si nos résultats sont conformes à ceux déjà publiés sur ce sujet du burn out.

Le principal biais de ces deux enquêtes est déclaratif. En effet les médecins interrogés, s'ils ont consenti à répondre pour diverses raisons, ont déclaré ce qu'ils voulaient sans contrôle de la véracité de leurs réponses.

4.2.1. Validité interne

L'enquête de 2010 menée par les URPS des médecins libéraux du Limousin interrogeait par un questionnaire écrit anonymisé les quelques 1200 médecins libéraux de toutes spécialités inscrits sur ses listes. Ils répondaient anonymement au test de Maslach Burn out Inventory(MBI). Les Médecins Généralistes (MG) étaient alors environ 800 et 322 soit 40% d'entre eux avaient répondu à l'enquête écrite des URPS. Etaient-ce ceux qui étaient en difficulté ou au contraire sans difficulté dans ce domaine du burn out qui avaient répondu? Nous observons qu'avec un bon taux de réponse de 40%, les MG étaient intéressés par ce sujet du burn out.

Les études réalisées sur le BO des MG dans les différentes régions [29], [30], [31], [32], [19], [33], [34], [35], [36], [37], [38], [39], notamment par les URML, font état d'un taux de réponses variant de 8 à 25% des médecins interrogés. Avec 40%, on remarque une participation bien plus importante pour cette étude, donc plus significative. Quant à la prévalence du BO dans ces diverses études, elle varie de 20 à 50% avec même une prévalence nationale chez les MG estimée à 51.6% pour VAQUIN-VILLEMINEY (2007).

A noter que dans cette population de MG constituant l'échantillon de 2010, il y avait certainement déjà des MSU qui représentent de façon stable 12% des MG depuis quelques années dans la région Limousin. En 2010 il n'avait pas été demandé aux MG s'ils étaient MSU ou non. Donc nous ne connaissons pas la proportion de MSU à l'intérieur de cette population répondante. Nous considérerons dans nos résultats que les répondants de 2010 sont MG, la proportion de MSU de 12% ne pouvant que peu modifier les données obtenues compte tenu de la taille de l'échantillon de 322 MG. 12% de MSU correspond à 39 médecins sur les 322. Si les 66 MSU de 2014 avaient déjà répondu en 2010, ils représentaient au maximum 20% des MG répondants. Les réponses des MSU pourraient tirer les résultats dans un sens ou dans un autre. Il faudra donc des différences significatives entre nos 2 échantillons pour conclure à des différences selon le statut de MSU ou pas.

L'enquête de 2014 que nous avons menée interrogeait les 96 Maitres de Stage Universitaires (MSU) de la région Limousin par courrier électronique en assurant l'anonymat des résultats. Seul le médecin enquêteur non connu des MSU pouvait relier les réponses à leur auteur. 66 MSU ont répondu à cette enquête électronique utilisant la encore le test Maslach Burn out Inventory(MBI) soit 69% d'entre eux. Là encore nous ne pouvons pas savoir si ce sont les médecins les plus, ou au contraire, les moins touchés par le burn out qui ont répondu. Nous observons tout de même que malgré l'anonymat très relatif des réponses, les 2 /3 des MSU ont répondu à cette enquête ce qui peut témoigner de leur intérêt pour la

question et / ou de leur implication dans l'enseignement universitaire en favorisant ainsi un travail de thèse.

La seule enquête s'intéressant au BO des MSU [40] que nous avons retrouvée dans la littérature, fait état d'un taux de réponse de 56.9% (A.REGNAULT et A.RENZO), ce qui est déjà considérable en comparaison des études sur le BO des MG. Elle met en évidence une prévalence de BO de 36% chez les MSU (27.9% BO bas, 6.6% BO modéré et 1.5% BO sévère). Notre enquête de 2014 concernant les MSU du limousin retrouve des scores similaires avec une prévalence de BO de 30%: 24% BO bas, 5% BO modéré et 1% de BO sévère. Notre travail retrouve donc les mêmes résultats que la thèse précédemment citée interrogeant les MSU de la faculté de médecine d'ANGERS.

On peut penser que les médecins généralistes limousins interrogés par ces deux enquêtes distantes de 4 ans ont les mêmes motivations pour répondre ou pas. Il n'y a pas de raison évidente pour que les médecins les plus touchés par le burn out aient répondu en 2010 et pas en 2014 ou au contraire que les médecins les moins touchés par le burn out aient répondu en 2010 et pas en 2014. Il est probable que ce sont les mêmes motivations qui ont amené les médecins à répondre ou pas en 2010 et en 2014. Donc notre comparaison entre les MG de 2010 et les MG MSU de 2014 peut paraître valable.

4.2.2. Validité externe

La population source de 2010 de 800 MG est composée de 38% de femmes et de 62% d'hommes. Avec un taux de réponse de 40% de la population source et une population de répondants de 322 MG composée de 35% de femmes et de 65% d'hommes, cet échantillon 2010 est considéré comme représentatif de la population source en sexe.

La population source de 2014 de 96 MG-MSU est composée de 32% de femmes et de 68% d'hommes. Avec un taux de réponse de 69% de la population source et une population de répondants de 66 MG-MSU composée de 42% de femmes et de 58% d'hommes, cet échantillon 2014 est considéré comme sur représenté en MSU féminins.

Les données de l'URPS des médecins libéraux donnent la répartition suivante des MG sur le territoire du Limousin: 29% en Corrèze (32% dans l'échantillon 2010), 14% en Creuse (14% dans l'échantillon 2010) et 57% en Haute Vienne (54% dans l'échantillon 2010). Cet échantillon 2010 est donc représentatif des MG du Limousin quant à la répartition de l'installation départementale.

La liste des MSU du Limousin interrogés comportait 96 MG: 27% de corréziens (27% dans l'échantillon 2014), 19% de creusois (18% dans l'échantillon 2014) et 54% de haut-viennois

(55% dans l'échantillon 2014). Cet échantillon 2014 est représentatif de la répartition départementale des MSU du Limousin.

Dans ces deux enquêtes, les médecins répondants ont défini eux même s'ils étaient installés en secteur urbain, semi rural ou rural. En ce qui concerne la répartition des médecins en fonction de leur milieu d'installation, il n'y a pas de différence significative entre les deux échantillons concernant les 3 secteurs d'installation même si les MSU urbains semblent un peu moins représentés.

52% des MSU de l'échantillon 2014 exercent en cabinet de groupe ce qui est la moyenne du mode d'installation des MG qui sont à moitié en groupe et à moitié seuls. Nos deux échantillons sont donc représentatifs de leur population source et comparable entre eux.

Nos deux échantillons de MG 2010 et de MSU 2014 sont donc par rapport à leur population source représentatifs en installation départementale, en secteur d'installation rurale, semi-rurale ou urbaine, en mode d'installation en groupe ou isolé. L'échantillon 2010 de MG est représentatif en sexe quant à l'échantillon 2014 de MSU il est surreprésenté en femmes.

Le statut familial de nos 2 échantillons est le même. Il n'y a pas de différence significative dans la répartition entre les médecins qui vivent en couple, ceux qui sont séparés et ceux qui sont célibataires dans les deux populations de MG et de MSU.

L'objectif de notre travail est de savoir si le statut de MSU protège ou non les MG du burn out. Nos deux populations sont suffisamment importantes pour en conclure si nous observons des différences significatives sur le statut protecteur ou non de MSU quant au burn out.

Au vu des éléments précédents, nos échantillons de 2010 et de 2014 sont représentatifs de leur population source et paraissent de plus comparables entre eux. Les différences de résultats, si elles sont statistiquement significatives, permettront des conclusions dans ce domaine du burn out.

4.3. Nos résultats

Depuis une quinzaine d'années, les études sur le burn out des médecins se multiplient et de nombreux étudiants réalisent leur thèse sur ce sujet dans leur faculté d'origine.

Néanmoins, il n'existe pas d'étude réalisée à l'échelon national.

Après avoir réalisé une revue de la littérature, nous avons retrouvé douze études réalisées sur le burn out des médecins [29], [30], [31], [32], [19], [33], [34], [35], [36], [37], [38], [39], dont dix concernant uniquement les médecins généralistes [30], [32], [19], [33], [34], [35],

[36], [37], [38], [39]. Les résultats laissent apparaître un taux préoccupant de burn out avec une prévalence variant de 20 à 50%.

Toutefois, la comparaison s'avère difficile dans la mesure où les effectifs diffèrent (l'effectif moyen est de 294 médecins), ainsi que le mode de recrutement et les périodes auxquelles ont été réalisées ces études.

La comparaison, Annexe 6, est surtout difficile car ces travaux étudient les différentes composantes du BO soit: l'épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation (DP) et l'accomplissement personnel (AP), alors que notre travail reclasse les médecins en fonction des scores obtenus dans les 3 champs précités en quatre catégories de BO [25]: absence de BO, BO bas, BO modéré et BO sévère selon le nombre de dimensions pathologiques.

Si certaines de ces études font le même classement en 4 catégories, c'est à chaque fois à l'intérieur d'une caractéristique du médecin comme l'âge ou le sexe, sans résultats globaux sur la population étudiée.

- Dans l'enquête de BOURGOGNE, en 2001, on retrouve un EE élevé chez 47.2% des médecins, une DP élevée chez 32.8% des médecins et un AP faible chez 29.2% des médecins.
- Dans l'enquête de DINAN, en 2002, on retrouve un EE élevé chez 22.7% des médecins, une DP élevée chez 35.2% des médecins et un AP faible chez 239.89.2% des médecins.
- Dans l'enquête de CHAMPAGNE-ARDENNE, en 2003, on retrouve un EE élevé chez 42.3% des médecins, une DP élevée chez 44.5% des médecins et un AP faible chez 37.4% des médecins.
- Dans l'enquête de la LOIRE, en 2003, on retrouve un EE élevé chez 26% des médecins, une DP élevée chez 30% des médecins et un AP faible chez 19% des médecins.
- Dans l'enquête de POITOU-CHARENTES, en 2004, on retrouve un EE élevé chez 40.3% des médecins, une DP élevée chez 43.7% des médecins et un AP faible chez 43.9% des médecins.
- Dans l'enquête de RHONE-ALPES, en 2004, on retrouve un EE élevé chez 25% des médecins, une DP élevée chez 24% des médecins et un AP faible chez 42% des médecins.

- Dans l'enquête d'INDRE ET LOIRE, en 2005, on retrouve un EE élevé chez 25% des médecins, une DP élevée chez 29% des médecins et un AP faible chez 25% des médecins.
- Dans l'enquête du CHER, en 2005, on retrouve un EE élevé chez 25.2% des médecins, une DP élevée chez 33.1% des médecins et un AP faible chez 29.1% des médecins.
- Dans l'enquête de TAHITI, en 2005, on retrouve un EE élevé chez 7.2% des médecins, une DP élevée chez 12.5% des médecins et un AP faible chez 23.2% des médecins.
- Dans l'enquête du réseau sentinelle METROPOLE ET CORSE, en 2007, on retrouve un EE élevé chez 27.1% des médecins, une DP élevée chez 32.6% des médecins et un AP faible chez 27.1% des médecins.
- Dans l'enquête de PACA, en 2007, on retrouve un EE élevé chez 23% des médecins, une DP élevée chez 19.6% des médecins et un AP faible chez 10.6% des médecins.
- Dans l'enquête de FRANCHE-COMTE, en 2010, on retrouve un EE élevé chez 33.6% des médecins, une DP élevée chez 19.4% des médecins et un AP faible chez 20.2% des médecins.

4.3.1. Scores généraux de burn out des enquêtes 2010 et 2014

La répartition des niveaux de burn out suites aux déclarations des répondants aux 2 enquêtes limousines montre des différences entre les MG et les MG-MSU.

En effet alors que 47% des MG ne présentent pas de signe de BO, ce sont 70% des MG-MSU qui n'en présentent pas ($p = 0.0007$).

De même alors que 19% des MG présentent des signes de BO modéré, ce sont 5% des MG-MSU qui en présentent ($p = 0,0035$).

Si on regarde les scores additionnés de « pas de signe de BO » et de « BO bas » c'est 73% des MG de 2010 qui sont concernés contre 94% des MG-MSU de 2014.

Les scores de BO sévère concernent 8% des MG et seulement 1 MSU soit 1,5% des MSU mais ce résultat n'est pas significatif ($p = 0,07$) et ne montre qu'une tendance.

Si on regarde les scores additionnés de « BO modéré » et de « BO sévère » ce sont 27% des MG qui sont concernés en 2010 contre 6% des MG-MSU en 2014.

Ces résultats très différents ne peuvent pas être dus à des modifications structurelles importantes de la profession de MG en 4 ans car cette profession n'a pas connu de révolution ces dernières années à notre connaissance.

On voit bien au travers de ces résultats que les MSU sont moins sujets au burn out. Par contre nous ne pouvons pas savoir si ce sont les MG moins touchés par le burn out qui s'engagent dans la fonction de MSU ou bien si c'est effectivement le statut de MSU qui protège les MG. Pour répondre à cette question il faudrait interroger les MG avant qu'ils ne s'engagent dans la fonction de MSU et les interroger à nouveau quelques années après leur engagement pour observer des modifications éventuelles de scores de burn out.

4.3.2. Burn out, sexe et statut de MSU

Quelle est l'influence du sexe et du statut de MSU sur les scores de burn out des MG?

Quand on compare les scores de burn out des femmes MG et des femmes MG-MSU, la répartition des niveaux de burn out suite aux déclarations des répondantes aux 2 enquêtes montrerait une différence, entre les MG et les MG-MSU pourtant non statistiquement significative. Alors que 58% des MG femmes ne présentent pas de signe de BO, c'est 75% des MG-MSU femmes qui n'en présentent pas. Si on regarde les scores additionnés de « pas de signe de BO » et de « BO bas » c'est 86% des MG femmes de 2010 qui sont concernés contre 96% des MG-MSU de 2014.

De même les scores de BO sévère concernent 1% des MG femmes et aucune MSU. Si on regarde les scores additionnés de « BO modéré » et de « BO sévère » ce sont 14% des MG femmes qui sont concernés en 2010 contre 4% des MG-MSU en 2014.

Ces résultats tendraient à montrer que les MSU femmes sont moins touchées par le burn out que leurs consœurs non investies dans l'enseignement, mais nos résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

Quand on compare les scores de burn out des femmes MG à l'ensemble des MG de 2010, on constate que les scores de burn out sont différents suivants les sexes. Alors que 47% des MG de 2010 ne présentent pas de signe de burn out, ce sont 58% des femmes MG qui n'en présentent pas. Si on s'intéresse aux scores combinés de « burn out modéré » et de « burn out sévère », ils intéressent 27% des MG de 2010 et 14% des MG femmes de la même année. Les MG femmes présenteraient moins de signes de burn out que leurs confrères masculins. Pourquoi? Est-ce dû à des conditions d'exercice différentes? A une prédisposition génétique? A une meilleure organisation générale? Il faudrait pour répondre à ces questions une analyse précise des conditions d'exercice et leurs conséquences sur le moral des MG.

Les femmes MG seraient donc moins sujettes au burn out que leurs confrères masculins. En va-t-il de même pour les femmes MSU? Sont-elles moins sujettes du fait de leur sexe au burn out que leurs homologues masculins?

Quand on compare les scores de burn out des femmes MSU et des hommes MSU, on observe que 75% des femmes MSU (nombre 21) ne présentent pas de signe de burn out contre 66% des hommes (nombre 26). 4% des femmes MSU (nombre 1) présentent des scores de burn out modéré ou sévère contre 8% des hommes MSU (nombre 3). Mais nous sommes sur des plus petits nombres et ces différences ne sont pas significatives. Il faudrait un échantillon plus important pour savoir si ces différences sont statistiquement significatives. La région Limousin étant petite, nous n'obtiendrons jamais de résultats significatifs quant aux différences hommes/ femmes pour les MSU même si l'ensemble des 96 MSU répondaient. Pour savoir s'il y a une différence homme femme pour les MSU quant aux scores de burn out il faudrait interroger l'ensemble des MSU français.

Quand on compare les scores de burn out des hommes MG et des hommes MSU on observe que 41% des hommes MG ne présentent pas de signe de burn out contre 66% des hommes MSU ($p=0.0022$). De même 66% des MG hommes ont des scores de burn out nul ou bas contre 88% des MSU hommes. Alors que 23% des MG hommes ont des scores de burn out modéré, seuls 5% des MSU hommes obtiennent les mêmes scores ($p=0.0069$). De même, 11% des MG hommes ont des scores de BO sévère, alors que seuls 3% des MSU hommes sont touchés par le BO sévère ($p=0.04738$).

Les MSU hommes sont donc moins touchés que les MG hommes par le burn out.

Il semblerait que les femmes MG soient moins touchées par le burn out que les hommes MG, que les MSU dans leur ensemble soient moins touchés par le burn out que l'ensemble des MG, et que les femmes MSU soient également protégées du burn out par rapport aux femmes MG.

Quant aux hommes MSU, ils sont moins touchés par le BO que les MG hommes.

D'après ces résultats le statut de MSU est protecteur pour les hommes vis à vis du BO et peut être aussi pour les femmes (nos résultats montrant des tendances mais sans significativité).

4.3.3. Burn out et secteur d'installation

Quelle est l'influence du secteur d'installation rural, semi rural ou urbain sur les scores de burn out des MG de 2010?

Alors que 42% des MG ruraux ne présentent pas de signes de burn out, ce sont 49% des MG semi ruraux et 50% des MG urbains qui n'en présentent pas. Si on considère les scores combinés « pas de burn out » et « burn out bas », ce sont 68% des MG ruraux, 70% des MG semi ruraux et 79% des MG urbains qui sont concernés. Les MG urbains sembleraient plus protégés contre le burn out que leurs confrères ruraux. Ainsi 13% des MG ruraux (nombre 14) présentent des signes de burn out sévère contre 5% (nombre 4) des MG semi ruraux et 5% (nombre 7) des MG urbains. Quand on considère les scores combinés de burn out modéré et sévère, 32% des MG ruraux (nombre 34) sont touchés contre 30% des MG semi-ruraux (nombre 25) et 21% des MG urbains (nombre 28). Il ne semble pas exister de grande différence entre les MG ruraux et semi ruraux.

Quelle est l'influence du secteur d'installation rural, semi rural ou urbain sur les scores de burn out des MSU de 2014?

67% des MSU ruraux, 71% des MSU semi-ruraux et 71% des MSU urbains ne présentent pas de signes de burn out.

92% des MSU ruraux (nombre 22), 95% des MSU semi-ruraux (nombre 20) et 95% des MSU urbains (nombre 20) présentent des scores de burn out nul ou modéré.

Un seul MSU rural et aucun MSU semi-rural ou urbain présente un score de burn out sévère.

Nos résultats ne sont pas statistiquement significatifs: l'installation en secteur rural, semi-rural ou urbain ne semble pas avoir d'influence sur les scores de burn out des MSU contrairement à ce que nous avons observé précédemment pour les MG.

4.3.4. Burn out et âge du médecin

Quelle est l'influence de l'âge du médecin sur les scores de burn out?

42% des MG de moins de 50 ans, 59% des MG de 50 à 54 ans, 43% des MG de 55 à 59 ans et 50% des MG de plus de 60 ans ne présentent pas de signes de burn out. Si on considère les scores combinés de burn out nul ou bas, cela concerne 73% des MG de moins de 50 ans, 72% des MG de 50 à 54 ans, 71% des MG de 55 à 59 ans et 77% des MG de plus de 60 ans. Les plus de 60 ans semblent moins touchés par le burn out mais ils sont surtout moins nombreux à répondre à notre enquête de 2010 (16% des répondants 2010). Cette différence n'est pas significative. Il semblerait donc que l'âge n'ait pas d'influence sur les scores de burn out des MG en 2010.

Si on considère les scores combinés de burn out nul ou bas, cela concerne 89% des MSU de moins de 50 ans, 93% des MSU de 50 à 54 ans, 100% des MSU de 55 à 59 ans et 92% des MSU de plus de 60 ans. Mais compte tenu du faible effectif de cet échantillon de 66 MSU, nous ne pouvons conclure à une différence due à l'âge sur le risque de souffrir de burn out.

Nous n'avons donc pas retrouvé d'influence significative de l'âge sur le burn out des MG et des MSU sauf sur la tranche des 55-59 ans : l'absence de BO concerne 82% les MSU de cette tranche d'âge contre seulement 43% des MG ($p=0.0006$).

Nombre d'études se sont attachées à comprendre quelles caractéristiques individuelles pouvaient prédisposer ou non au BO et notamment: le sexe, l'âge, et la situation familiale.

Malheureusement les résultats sont parfois contradictoires ou non statistiquement significatifs, souvent en raison d'effectifs trop réduits.

Concernant la relation entre sexe et BO, il n'a jamais établi de façon significative que l'un ou l'autre des deux sexes était prédisposant au BO. En revanche, certains travaux (TRUCHOT 2004 [20], [23]) tendraient à mettre en évidence que les femmes seraient moins touchées par la dépersonnalisation que les hommes.

Concernant l'âge, toujours selon TRUCHOT (2004), un pic de BO serait associé aux trois premières années d'exercice professionnel, ce qui concorderait avec les travaux de CANOUI et MAURANGES [41] (2001) qui estiment que la jeunesse serait un facteur prédisposant au BO.

Concernant la situation familiale, les différentes études ne montrent pas de lien significatif entre le nombre d'enfant et le BO (TRUCHOT 2001,2002 [29], [31]). Toutefois, selon MANGEN [42], les médecins ayant deux à trois enfants présentent un épuisement émotionnel plus bas et un accomplissement personnel plus élevé. D'autre part, TRUCHOT en 2001 a mis en évidence un épuisement émotionnel plus bas chez les médecins vivant en couple, que les médecins célibataires.

Quant à la seule étude traitant du BO des MSU [40], les résultats par rapport à l'âge ne sont pas significatifs.

Pour les MSU il faudrait une enquête nationale de grande ampleur pour savoir si l'âge a une influence sur le burn out des enseignants généralistes.

4.3.5. Burn out et type d'exercice: seul ou en groupe

Quel est l'influence du mode d'installation en groupe ou isolé sur le burn out?

Parmi les médecins exerçant en groupe, 45% des MG ne présentent pas de signe de burn out contre 75% des MSU ($p=0.00097$). Sur les scores combinés « pas de burn out » et « burn out bas », les MG sont 74% contre 94% des MSU. Sur les scores combinés de « burn out modéré » et « burn out sévère », les MG sont 26% contre 6% des MSU. 17% des MG travaillant en groupe présentent des scores de BO modéré contre 3% des MSU ($p=0.01734$). Est-ce le statut de MSU qui protège les médecins ou bien l'exercice en groupe? Ces résultats statistiques sont exactement les mêmes que précédemment lorsque l'on compare les MG et les MSU indépendamment de leur sexe, de leur secteur d'installation, de leur âge et de leur mode d'installation.

Parmi les médecins exerçant de façon isolée, 50% des MG ne présentent pas de signe de burn out contre 66% des MSU. Si on regarde les scores combinés de « pas de burn out » et « burn out bas », les MG sont à 72% concernés contre 94% des MSU seuls. Alors que 28% des MG exerçant seuls présentent des signes de burn out modéré ou sévère, ce sont seulement 6% des MSU qui sont concernés. Là encore ces résultats sont exactement les mêmes que plus haut lorsque l'on comparait les MG et les MSU de façon globale.

Notre travail ne permet pas de retrouver de résultats significatifs entre l'exercice en groupe et l'exercice isolé. Toutefois, nos résultats nous permettent d'affirmer que les MSU exerçant en groupe présentent moins de BO que les MG ayant le même exercice. De même les MSU en groupe ont des scores de BO modéré inférieurs à ceux des MG en groupe. Si on compare entre eux les MG exerçant en groupe et ceux exerçant seuls il n'y a pas de différence sur le statut de burn out. Il en va de même pour les MSU exerçant en groupe ou seuls.

Le mode d'installation en groupe ou isolé ne semble pas avoir d'influence significative dans notre travail sur les scores de burn out des médecins MSU ou non.

4.3.6. Burn out et statut familial

Le statut familial a-t-il une influence sur les scores de burn out?

Parmi les 322 MG de 2010, 86% vivent en couple, 7% sont séparés (nombre 23) et 7% sont célibataires (nombre 22).

Dans cet échantillon, il n'y a pas de différence quant aux scores de burn out nul ou bas entre les médecins vivant en couple et les célibataires avec des scores respectifs concernant 73% et 77% d'entre eux. Ces résultats sont identiques au score général de burn out nul ou bas de l'ensemble des MG de cette population soit 73%. On ne peut par ailleurs pas dire que les MG célibataires avec 77% de score de burn out nul ou bas ont moins de signe de burn out

que les MG vivant en couple car cette population est trop petite, seulement 22 MG célibataires, pour en tirer une conclusion statistique.

Par contre les MG vivant séparés malgré leur petite représentation, seulement 23 médecins, semblent avoir des scores de burn out modéré ou sévère plus important que les autres MG vivant en couple ou célibataires.

Le statut familial « séparé » pourrait être un facteur de risque quant au burn out des MG.

Cette étude n'a pas pu analyser ce risque sur les 66 MSU du fait de leur trop petit nombre. Nous ne savons donc pas s'il existe un facteur protecteur familial également pour les MSU. Une étude nationale pourrait certainement répondre à cette question.

Par contre en comparant les deux études, on met en évidence une différence statistiquement significative entre les MG et les MSU en couple: les MSU sont moins atteints de BO: 69.5% ne présentent pas de BO contre 47.6% des MG ($p=0.001154$) et présentent également moins de BO modéré: 5% contre 19.5% ($p=0.003707$) et sévère: 1.7% contre 7.5% ($p=0.04851$) que l'ensemble des MG en couple.

Quant à la comparaison entre les MG et MSU célibataires et séparés, elle n'a pas permis de mettre en évidence une différence significative.

4.3.7. Burn out et nombre d'enfants

Le nombre d'enfants a-t-il une influence sur le risque de burn out des MG?

Si on compare les scores de BO des MG et MSU sans enfant, il n'y a pas de différence statistiquement significative.

Par contre, si on compare les MG et MSU ayant des enfants, indépendamment du nombre exact d'enfant, les MSU ont des scores de pas de BO supérieurs à ceux des MG: 68% vs 48% ($p=0.001922$) et des scores de BO modéré inférieurs à ceux des MG: 4% vs 18% ($p=0.005548$).

Le statut de MSU protège du BO les généralistes avec enfant.

4.3.8. Burn out et temps de travail

Quelle est l'influence du temps de travail sur le burn out des médecins?

Cette question n'avait pas été étudiée dans l'enquête de 2010. Par contre en 2014 il avait été demandé aux médecins MSU de se situer dans des tranches de travail hebdomadaire définies arbitrairement à moins de 50 h par semaine, de 51 à 69 h par semaine et 70 h et plus par semaine. Seules ces 3 tranches ont été choisies du fait de la taille réduite de notre population source et donc de notre échantillon et aussi parce que le temps de travail hebdomadaire moyen des MG est estimé entre 52 et 54 heures.

Dans nos résultats, 2 MSU sur 5 travaillent moins de 50 heures par semaines, 2 MSU sur 5 travaillent de 51 à 69 h par semaine et 1 MSU sur 5 travaille 70 heures et plus par semaine

Très peu de travaux cherchent une corrélation entre temps de travail hebdomadaire et burn out, mais plutôt entre temps de travail journalier ou nombre d'actes journaliers et burn out.

MASLACH [43], [44] a mis en évidence un lien entre l'apparition du burn out et la surcharge de travail au niveau qualitatif, c'est à dire, la sensation d'incapacité à bien réaliser le travail, faute de temps ou de compétence.

TRUCHOT en 2002 [31] met en évidence qu'une durée de travail quotidienne supérieure à 10h entraîne un épuisement émotionnel plus élevé mais en contrepartie un accomplissement personnel plus important. Toujours dans la même enquête, il met en évidence qu'un nombre d'actes journaliers supérieur à 25 augmente l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Malheureusement ces résultats étant à la limite de la significativité, il paraît difficile d'en tirer une réelle conclusion.

Cependant, dans les quelques travaux s'intéressant à une corrélation entre temps de travail hebdomadaire et burn out, seul GOEHRING [45] a pu mettre en évidence de façon significative que les médecins travaillant plus de 50 heures par semaine présentent des niveaux d'épuisement émotionnels plus importants mais paradoxalement aussi, des scores d'accomplissement personnel plus élevé.

Obtiennent des scores de burn out nul, 69% des MSU travaillant moins de 50 heures hebdomadaires, 75% des MSU travaillant entre 51 et 69 heures hebdomadaires et 59% des MSU travaillant 70 heures et plus par semaine. Notre population est trop réduite pour en faire une conclusion statistiquement significative.

Obtiennent des scores de burn out combinés nul ou bas 100% des MSU travaillant moins de 50 heures hebdomadaires, 89% des MSU travaillant de 51 à 69 h hebdomadaires et 92% des MSU travaillant 70 h et plus par semaine. Là encore, notre échantillon est trop petit pour voir une différence statistiquement significative mais le temps de travail hebdomadaire ne semble pas avoir d'influence statistique sur les scores de burn out.

Il faudrait donc mener une étude sur l'ensemble des MSU français avec des tranches de travail hebdomadaires plus nombreuses donc plus précises pour déterminer s'il y a un seuil de fracture lié au temps de travail entre les MSU victimes du burn ou et les MSU indemnes.

4.3.9. Questions complémentaires

Deux questions complémentaires étaient posées uniquement aux MSU dans l'enquête de 2014.

La première question complémentaire cherchait à savoir ce que les MSU pensaient de leur temps de travail. 68% estiment qu'ils travaillent trop mais ce n'est pas lié au temps de travail en valeur absolue. En effet, notre enquête retrouve que 60% des MSU qui travaillent 50 h ou moins par semaine et 70 h ou plus par semaine estiment qu'ils travaillent trop contre 82% des MSU qui travaillent entre 51 et 69 h par semaine.

60 à 82% des MSU estiment qu'ils travaillent trop et ils sont 70% à ne présenter aucun signe de burn out. Leur excès de travail ressenti ne se traduit pas immédiatement sur les scores de burn out.

La deuxième question complémentaire cherchait l'existence de loisirs dans la vie des MSU: 89% déclarent avoir des loisirs et 7 MSU déclarent n'avoir pas de loisirs.

Ces 7 derniers MSU ont les caractéristiques suivantes:

- 3 travaillent moins de 50 h par semaine,
- 1 travaille entre 51 et 69 h par semaine,
- 3 travaillent plus de 70 h hebdomadaires.
- On retrouve 5 femmes (3 de 40 ans, 1 de 54 ans, 1 de 59 ans) et 2 hommes de 54 ans
- 4 des 7 estiment travailler trop (3 moins de 50 h et 1 plus de 70 h)
- 3 exercent en groupe
- 5 exercent en semi rural et 2 en urbain
- 4 ont 3 enfants, 2 ont 1 enfant et 1 a 2 enfants
- 5 vivent en couple et 2 sont séparés
- 1 n'a pas de burn out, 5 ont un burn out bas et 1 un burn out modéré

Il semblerait que lorsqu'un MSU ne déclare pas de loisir il soit plus à risque de burn out que les autres MSU.

Nous ne présenterons pas ici les caractéristiques des MSU (3 hommes et 1 femme) avec des scores de burn out sévère (1 MSU) ou modérés (3 MSU). D'une part, nous ne retrouvons pas de caractéristiques professionnelles communes dans leurs réponses et d'autre part, nous souhaitons protéger leur anonymat.

Pour obtenir bon nombre de réponses statistiquement significatives, il faudrait la encore faire une enquête sur un grand échantillon de MSU voire une enquête à l'échelon national ce qui permettrait peut-être de dégager des différences interrégionales.

CONCLUSION

Le burn out est une "pathologie de la relation d'aide" pour Eric GALLAM. Il indique que 60.8% des médecins généralistes libéraux déclarent être menacés par le burn out dans le sens où ils ont au moins une des trois composantes atteinte, ce qui est considérable.

Il s'agit donc véritablement d'un problème de santé publique resté trop longtemps tabou, mais à l'heure actuelle, de plus en plus relayé par les médias et intéressant les autorités sanitaires, qui, depuis une dizaine d'années, se penchent sur le sujet.

Cette étude aura permis de faire un premier bilan du burn out des Médecins Généralistes en Limousin. Notre travail, avec ses forts taux de participation et ses échantillons représentatifs, a, en outre, mis en évidence, que d'une manière générale, les MSU présentent moins de signes de burn out que l'ensemble des médecins généralistes du Limousin.

Le statut de MSU est donc protecteur vis à vis du burn out.

D'autre part, nous pouvons affirmer que :

- chez les hommes,
- chez les 55-59 ans,
- chez les médecins exerçant en groupe,
- chez les médecins vivant en couple,
- chez les médecins avec enfant(s),

les MSU présentent non seulement moins de burn out par rapport à l'ensemble des médecins généralistes du Limousin, mais également que le burn out modéré et sévère est moins fréquent.

Le statut de MSU est donc bien protecteur.

Les MG femmes présenteraient moins de signes de burn out que leurs confrères masculins.

Le statut familial « séparé » pourrait être un facteur de risque quant au burn out des MG.

Quant à toutes les autres questions que nous nous sommes posées, ou autres corrélations que nous avons cherchées, nous ne pouvons qu'en tirer des tendances, puisque même si des différences existent, elles ne sont pas statistiquement significatives, soit du fait de notre échantillon trop petit, soit du fait du biais de l'étude de 2010 comportant probablement des MSU que nous ne pouvons identifier et quantifier avec certitude.

Nos résultats en termes de prévalence du burn out chez les MSU du Limousin sont similaires à ceux retrouvés dans la seule autre enquête retrouvée sur le burn out des MSU réalisée

auprès des MSU inscrits à la faculté d'Angers exerçant en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

Le statut de MSU est protecteur par rapport au burn out : est-ce en rapport avec la présence d'un stagiaire, ou est-ce dû au seul fait de la formation des MSU rompant avec une éventuelle routine ou un certain isolement?

Pour le vérifier, il pourrait être intéressant de mener une étude auprès de médecins généralistes envisageant de devenir MSU et de refaire la même enquête quelques années après l'entrée en maîtrise de stage universitaire, en incluant des critères supplémentaires comme par exemple le nombre d'heures de présence du stagiaire, ou le nombre d'heures liées directement ou indirectement à la formation.

Nous pouvons également souligner ici le fort taux de réponse des MSU de 69% témoignant ainsi de leur intérêt pour la question et/ ou de leur implication dans l'enseignement universitaire. Il pourrait donc être profitable de tirer parti de cet intérêt pour réaliser une enquête nationale auprès des MSU afin d'en savoir un peu plus sur ce thème du burn out et d'éventuellement en dégager des différences interrégionales.

Notre travail montre que le statut de MSU en Limousin est protecteur vis à vis du burn out mais il semble évident, comme l'a suggéré la majorité des répondants, que la prévention passe avant tout par un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle avec des plages suffisantes pour se ressourcer; le plus difficile étant de ne pas se laisser submerger par tout l'environnement administratif.

Références bibliographiques

- [1] **LEGMANN M.** *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale.* France: Conseil national de l'ordre des médecins, 2010
- [2] **TISSOT S.** *De la santé des gens de lettre.* Ayssènes : Alexitère, 1991
- [3] **SELYE H.** *The stress of life.* New York, McGraw-Hill, 1956
- [4] **CANNON W.B.** *Voodoo death.* American anthropologist, 1942
- [5] **VEIL C.** *Primum non nocere. Les états d'épuisement.* Le Concours Médical, 1959
- [6] **BRADLEY H. B.** *Community-based treatment for young adult offenders.* In Crime and Delinquency n°15, 1969
- [7] **FREUDENBERGER HJ.** *L'épuisement professionnel: la brûlure interne.* Québec : Gaëtan Morin Editeur, 1987
- [8] **FREUDENBERGER HJ.** *Staff burnout.* Journal of social issues, 1974
- [9] **MASLACH C.** *Burned out.* Hum Behav, 1976
- [10] **DESCHAMPS F.** *Le karoshi ou mort par excès de travail.* Le Concours Médical, 1993
- [11] **MASLACH C, JACKSON S.** *The measurement of experienced burnout,* 1980
- [12] **MASLACH C, JACKSON S.** *Maslach Burnout Inventory: manual edition.* Palo Alto CA : Consulting Psychologists Press, 1986
- [13] **CHERNISS C.** *Beyond burnout: helping teachers, nurses, therapists and lawyers recover from stress and disillusionment.* New York: Routledge, 1995
- [14] **PINES A, MASLACH C.** *Characteristics of staff burn out in mental health setting.* Hospital and Community Psychiatry, 1978
- [15] **CANOUI P., MAURANGES A.** *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants.* 4e ed Paris: Masson, 2006
- [16] **MASLACH C, LEITER MP, LEGERON P.** *Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel,* 2011.
- [17] **GALAM E, MOURIES R.** *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et perspectives.* URML IDF/ Commission prévention et santé publique, 2007.

- [18] **GALAM E, LEOPOLD Y.** *Dossier Burnout*. Le concours médical Tome 130, Avril 2008
- [19] **TRUCHOT D.** *Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes*. Poitou-Charentes: URML Poitou-Charentes, 2003
- [20] **TRUCHOT D.** *L'épuisement professionnel : concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod. 2004
- [21] **SOLER JK, YAMAN H, ESTEVA M, DOBBS F, ASENOVA RS, KATIC M, et al.** *Burnout in European family doctors: the EGPRN study*. Fam Pract. août 2008
- [22] **LEOPOLD Y.** *Les chiffres du suicide chez les médecins*. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins, Octobre 2003
- [23] **CATHEBRAS S, BEGON A, LAPORTE S, BOIS C, TRUCHOT D.** *Epuisement professionnel chez les médecins généralistes*. La Presse Médicale, 2004
- [24] **KACENELENOGEN N., OFFERMANS AM., ROLAND M.** *Burnout of general practitioners in Belgium: societal consequences and paths to solutions*. Rev Med Brux, septembre 2011
- [25] **MASLACH C, JACKSON S, LEITER MP.** *Maslach Burnout Inventory manual*. 3rd edition. Palo Alto : Consulting Psychologists Press; 1996
- [26] **WIERTZ R.** *PSYCHIATRES et BURNOUT? Etude de la Prévalence du Syndrome d'Épuisement Professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais*, juin 2012
- [27] <http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/le_mbi.pdf>
- [28] <<http://3vi.wf-sip.fr/testsCFAR/index.php?test=burnout>>
- [29] **TRUCHOT D.** *Le burnout des médecins libéraux de Bourgogne*. Rapport de recherche pour l'URML de Bourgogne, 2001
- [30] **ROBERT E.** *L'épuisement professionnel: enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan*. Thèse de médecine générale, Université Rennes, 2002
- [31] **TRUCHOT D.** *Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne*. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne Ardennes, 2002.
- [32] **BEGON-BELLET A.** *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire*. Thèse de médecine générale, Université Jean Monnet (Saint-Étienne), 2003.

- [33] **PHILIPPON C.** *Syndrome d'épuisement professionnel (Burn-out): étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône-Alpins.* Thèse de médecine générale, Université Claude Bernard (Lyon), 2004.
- [34] **JARRY C.** *Étude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire.* Thèse de médecine générale, 2003.
- [35] **ELOUALI S.** *Etude du burnout ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins libéraux du Cher.* Thèse de médecine générale. Université Tours, 2006.
- [36] **CHAN LIN-CHANTEAU S.** *Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti.* Thèse de médecine générale, Université Paris 5, 2006.
- [37] **VAQUIN-VILLEMINEY C.** *Prévalence du Burnout en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau sentinelles.* Thèse de médecine générale. Université René Descartes (Paris 5), 2007
- [38] **DUSMESNIL H.** *Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants.* Santé Publique, avril 2009
- [39] **HUMBERT G.** *L'épuisement professionnel des médecins généralistes : Impact de la charge de travail, des relations avec les patients et du sentiment de perte de statut.* Thèse de médecine générale Université de Franche-Comté, 2010
- [40] **REGNAULT A, RENZO A.** *Etre maitre de stage universitaire protège-t-il du burn out?* Thèse de médecine générale. Université d'Angers, 2014
- [41] **CANOUI P, MAURANGES A.** *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses (2e édition).* Paris Masson, 2001
- [42] **MANGEN MH.** *Etude du burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois.* Thèse de médecine générale Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, 2007
- [43] **MASLACH C.** *Burned-out.* The canadian journal of psychiatric nursing, décembre 1979
- [44] **MASLACH C, SCHAUFELI WB, LEITER MP.** *Job Burnout.* Annual Review of Psychology, 2001
- [45] **GOEHRING C.** *Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey.* Swiss Med. 2005

Table des annexes

| | |
|---|----|
| Annexe 1. MBI Test..... | 75 |
| Annexe 2. Interprétation du MBI Test | 77 |
| Annexe 3. MBI Test et questionnaire de l'URML – Enquête 2010..... | 78 |
| Annexe 4. Mail explicatif de l'enquête MSU 2014..... | 80 |
| Annexe 5. MBI Test et questionnaire pour l'enquête MSU 2014..... | 81 |
| Annexe 6. Tableau comparatif des différentes études retrouvées concernant le Burn Out des médecins..... | 89 |

Annexe 1. MBI Test

Test MBI (Maslach Burn Out Inventory)

Merci de cocher la case qui correspond à votre réponse, pour chaque question.

- 0: jamais
 1: quelques fois par année au moins
 2: une fois par mois au moins
 3: quelques fois par mois
 4: une fois par semaine
 5: quelques fois par semaine
 6: chaque jour

| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Je sens que je craque à cause de mon travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Je me sens plein(e) d'énergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Je me sens frustré(e) par mon travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18 | Je me sens ragaillardi(e) lorsque, dans mon travail, j'ai été proche de mes patients | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Je me sens au bout du rouleau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | J'ai l'impression que mes patients me rendent responsables de certains de leurs problèmes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

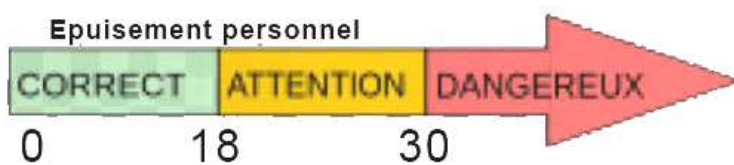
Annexe 2. Interprétation du MBI Test

Un score élevé d'EE ou de DP ou un score bas d'AP suffit pour parler de burnout. En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de GRAVITE.

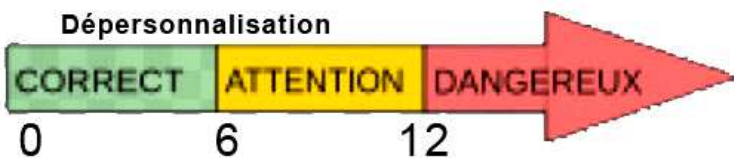
Le degré de burnout est dit :

- Faible : seule 1 dimension est atteinte.
- Moyen : atteinte de 2/3 dimensions.
- Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.

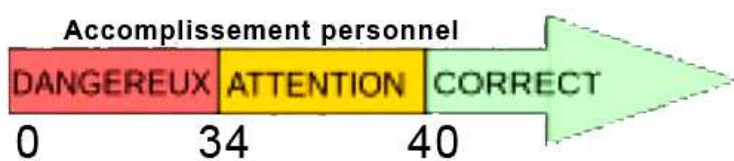
EPUISEMENT EMOTIONNEL (EE)



DEPERSONNALISATION (DP) OU DESHUMANISATION DE LA RELATION A L'AUTRE



ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL (AP)



Références: MASLACH C, JACKSON SE, LEITER MP - Maslach Burnout Inventory manual. 3rd edition. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.

Annexe 3. MBI Test et questionnaire de l'URML – Enquête 2010



L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ou « BURN OUT SYNDROME »

Sondage auprès des médecins libéraux
Région Limousin / 18 mars 2010

- Globalement, vous sentez-vous concerné(e) par le sujet, dans votre activité professionnelle ?
OUI NON

| Test MBI (Maslach Burn Out Inventory) | |
|--|--------------------------------------|
| <i>Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse, pour chaque question.</i> | |
| <i>Avant de retourner ce sondage à l'URML dans l'enveloppe T, si vous souhaitez calculer vos scores au test MBI, voir au verso comment procéder.</i> | 0 : jamais |
| | 1 : quelques fois par année au moins |
| | 2 : une fois par mois au moins |
| | 3 : quelques fois par mois |
| | 4 : une fois par semaine |
| | 5 : quelques fois par semaine |
| | 6 : chaque jour |
| 1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 8. Je sens que je craque à cause de mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 12. Je me sens plein(e) d'énergie | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 13. Je me sens frustré(e) par mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 18. Je me sens ragaillard(e) lorsque, dans mon travail, j'ai été proche de mes patients | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 20. Je me sens au bout du rouleau | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 22. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes | 0 1 2 3 4 5 6 |

Source : Christina Maslach, Susan E. Jackson (1981), *The measurement of experience burn out*

Ce sondage est anonyme. Merci de bien vouloir compléter les rubriques suivantes :

- Votre âge :ans
- Sexe : Féminin Masculin
- Département d'exercice : 19 23 87
- Année d'installation :
- Situation familiale : célibataire en couple séparé(e) veuf/veuve
- Nombre d'enfant(s) à charge :
- Lieu d'exercice : urbain rural semi-rural
- Vous êtes : médecin généraliste médecin spécialiste en médecine générale médecin spécialiste
- Vous exercez : seul en cabinet de groupe
- Etes-vous intéressé(e) par les résultats de ce sondage : OUI NON *Voir au verso, calcul des scores*

RÉPARTITION DES 22 QUESTIONS ET CALCUL DES SCORES

Le test MBI explore trois versants :

1) L'épuisement émotionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

Degré de burn out :

Total inférieur à 17 = bas / Total compris entre 18 et 29 = modéré / Total supérieur à 30 = élevé

2) La dépersonnalisation ou « déshumanisation » de la relation à l'autre : questions 5, 10, 11, 15, 22

Degré de burn out :

Total inférieur à 5 = bas / Total compris entre 6 et 11 = modéré / Total supérieur à 12 = élevé

3) L'accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Degré de burn out :

Total supérieur à 40 = bas / Total compris entre 34 et 39 = modéré / Total Inférieur à 36 = élevé

Un score élevé aux deux premiers versants et un score faible au dernier, signe un épuisement professionnel.

Annexe 4. Mail explicatif de l'enquête MSU 2014

Florence VANEECLOO
vaneeclooflorence@gmail.com
06-18-06-21-92

Bonjour,

Mon travail de thèse concernera le burn out des médecins généralistes et plus particulièrement une comparaison entre les généralistes enseignants du Limousin et le résultat d'une enquête menée en 2010 par les Unions professionnelles sur le burn-out des médecins libéraux dans notre région. Mon directeur de thèse est le Dr Martine PREVOST.

Pour ce faire, je réalise une enquête auprès des médecins généralistes enseignants: le but est de comparer les résultats obtenus avec ceux de l'enquête précédente des URPS des médecins.

Les résultats seront bien sûr anonymisés (y compris vis à vis de mon directeur de thèse) et détruits après exploitation et je vous assure de la confidentialité de vos réponses. J'ai malheureusement été obligée de rajouter une case pour vos noms et prénoms, seul moyen pour moi de pouvoir relancer les personnes qui n'auraient pas répondu; je serai, bien entendu, la seule à les voir et ils ne seront bien évidemment pas exploités.

Vous trouverez le lien du questionnaire à la fin de ce mail, merci de cocher les cases correspondantes à vos réponses et de l'envoyer; vous pouvez également me laisser vos commentaires et/ou suggestions dans la case prévue à cet effet.

En vous remerciant pour votre future participation et bien cordialement,

Florence VANEECLOO,
Interne en médecine générale à Limoges

Voici le lien du questionnaire:

[https://docs.google.com/forms/d/1ghmPW29BSUarjJ4HDwAH6eUQTIdix2X6ivi_6Zm7cw0/vi
ewform](https://docs.google.com/forms/d/1ghmPW29BSUarjJ4HDwAH6eUQTIdix2X6ivi_6Zm7cw0/vi
ewform)

Annexe 5. MBI Test et questionnaire pour l'enquête MSU 2014

burn out chez les médecins généralistes enseignants du Limousin

Titre du formulaire

TEST MBI (Maslach Burn Out Inventory)

Merci de cocher la case correspondant à votre réponse, pour chaque question

1/ Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

2/ Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

3/ Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

4/ Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

5/ Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

6/ Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

7/ Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

8/ Je sens que je craque à cause de mon travail*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

9/ J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

10/ Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

11/ Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

12/ Je me sens plein(e) d'énergie*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

13/ Je me sens frustré(e) par mon travail*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

14/ Je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

15/ Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

16/ Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

17/ J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

18/ Je me sens ragaillardi(e) lorsque, dans mon travail, j'ai été proche de mes patients*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

19/ J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

20/ Je me sens au bout du rouleau*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

21/ Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

22/ J'ai l'impression que mes patients me rendent responsables de certains de leurs problèmes*Obligatoire

- jamais
- quelques fois par année au moins
- une fois par mois au moins
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

PROFIL

Nom*Obligatoire

Prénom*Obligatoire

Ville:*Obligatoire

Département:*Obligatoire

- 19
- 23
- 87

Age:*Obligatoire

Sexe:*Obligatoire

- Féminin
- Masculin

Situation familiale:*Obligatoire

- Célibataire
- En couple
- Séparé(e)
- Veuf/Veuve

Nombre d'enfant(s):*Obligatoire

Lieu d'exercice:*Obligatoire

- Urbain
- Rural
- Semi-rural

Vous exercez:*Obligatoire

- Seul
- En cabinet de groupe

Vous sentez-vous concerné(e) par le sujet:*Obligatoire

- Oui
- Non

Combien d'heures, par semaine, consacrez-vous à votre activité professionnelle:*Obligatoire

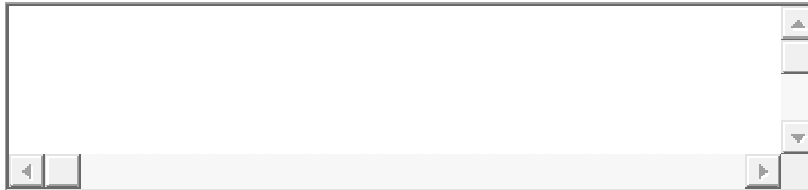
Trouvez-vous que vous consacrez trop de temps à votre travail:*Obligatoire

- Oui
 Non

Avez-vous des loisirs:*Obligatoire

- Oui
 Non

Commentaires, suggestions:



SI VOUS SOUHAITEZ CALCULER VOS SCORES, VOICI COMMENT PROCEDER

Le test MBI explore trois versants:

1/ L'épuisement émotionnel(EE): items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, et 20

total<17: EE bas

total entre 18 et 29: EE modéré

total>30: EE élevé

2/ La dépersonnalisation(DP): items 5, 10, 11, 15, et 22

total<5: DP basse

total entre 6 et 11: DP modérée

total>12: DP élevée

3/ L'accomplissement personnel(AP): items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,et 21

total>40: AP élevé

total entre 34 et 39: AP modéré

total<33: AP bas

Un score élevé d'EE ou de DP, ou un score bas d'AP, suffisent à définir un burn-out.

Le burn-out est dit: FAIBLE si une des trois dimensions est pathologique MODERE si deux des trois dimensions sont pathologiques ELEVE si les trois dimensions sont pathologiques

Annexe 6. Tableau comparatif des différentes études retrouvées concernant le Burn Out des médecins

| | EE élevé | DP élevée | AP faible |
|---|----------|-----------|-----------|
| BOURGOGNE 2001 N:394 S+G libéraux | 47.2 | 32.8 | 29.2 |
| DINAN 2002 N:88 G | 22.7 | 35.2 | 39.8 |
| CHAMPAGNE-ARDENNE 2003 N:408 S+G libéraux | 42.3 | 44.5 | 37.4 |
| LOIRE 2003 N:307 G | 26.0 | 30.0 | 19.0 |
| POITOU-CHARENTE 2004 N:515 G | 40.3 | 43.7 | 43.9 |
| RHONE-ALPES 2004 N:189 G | 25.0 | 24.0 | 42.0 |
| INDRE ET LOIRE 2005 N:496 G | 25.0 | 29.0 | 25.0 |
| CHER 2005 N:127 G | 25.2 | 33.1 | 29.1 |
| TAHITI 2005 N:57 G | 7.2 | 12.5 | 23.2 |
| SENTINELLE METROPOLE ET CORSE 2007 N:221 G | 27.1 | 32.6 | 27.1 |
| PACA 2007 N:511 G | 23.0 | 19.6 | 10.6 |
| FRANCHE-COMTE 2010 N:428 G | 33.6 | 19.4 | 20.2 |

Table des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Répartition / Sexe – Source 2010..... | 25 |
| Figure 2 : Répartition / Sexe – Echantillon 2010 | 25 |
| Figure 3 : Répartition / Sexe – Source 2014..... | 26 |
| Figure 4 : Répartition / Sexe – Echantillon 2014 | 26 |
| Figure 5 : Répartition / Département des MG 2010 | 27 |
| Figure 6 : Répartition / Département des MSU 2014 | 27 |
| Figure 7 : Répartition Géographique des MG 2010 | 28 |
| Figure 8 : Répartition Géographique des MSU 2014..... | 28 |
| Figure 9 : Niveau de Burn Out des MG 2010..... | 29 |
| Figure 10 : Niveau de Burn Out des MSU 2014 | 29 |
| Figure 11 : Niveau de Burn Out chez les MG Femmes | 31 |
| Figure 12 : Niveau de Burn Out chez les MSU Femmes | 31 |
| Figure 13 : Niveau de Burn Out chez les MG Hommes | 32 |
| Figure 14 : Niveau de Burn Out chez les MSU Hommes..... | 32 |
| Figure 15 : Niveau de Burn Out chez les MG ruraux..... | 34 |
| Figure 16 : Niveau de Burn Out chez les MSU ruraux..... | 34 |
| Figure 17 : Niveau de Burn Out chez les MG semi-ruraux..... | 35 |
| Figure 18 : Niveau de Burn Out chez les MSU semi-ruraux | 35 |
| Figure 19 : Niveau de Burn Out chez les MG urbains | 36 |
| Figure 20 : Niveau de Burn Out chez les MSU urbains | 36 |
| Figure 21 : Niveau de Burn Out chez les MG < 50 ans..... | 37 |
| Figure 22 : Niveau de Burn Out chez les MSU < 50 ans..... | 37 |
| Figure 23 : Niveau de Burn Out chez les 50 ans < MG < 54 ans..... | 38 |
| Figure 24 : Niveau de Burn Out chez les 50 ans < MSU < 54 ans..... | 38 |
| Figure 25 : Niveau de Burn Out chez les 55 ans < MG < 59 ans..... | 39 |
| Figure 26 : Niveau de Burn Out chez les 55 ans < MSU < 59 ans..... | 39 |
| Figure 27 : Niveau de Burn Out chez les MG > 60 ans..... | 41 |
| Figure 28 : Niveau de Burn Out chez les MSU > 60 ans..... | 41 |
| Figure 29 : Niveau de Burn Out chez les MG exerçant en groupe | 42 |
| Figure 30 : Niveau de Burn Out chez les MSU exerçant en groupe | 42 |
| Figure 31 : Niveau de Burn Out chez les MG exerçant seuls | 44 |
| Figure 32 : Niveau de Burn Out chez les MSU exerçant seuls | 44 |
| Figure 33 : Niveau de Burn Out chez les MG fonction de leur statut familial..... | 45 |
| Figure 34 : Niveau de Burn Out chez les MSU fonction de leur statut familial | 46 |
| Figure 35 : Niveau de Burn Out chez les MG fonction du nombre d'enfants | 47 |
| Figure 36 : Nombre d'enfants par MG fonction du niveau de Burn Out | 47 |
| Figure 37 : Niveau de Burn Out chez les MSU travaillant moins de 50h/semaine | 49 |
| Figure 38 : Niveau de Burn Out chez les MSU travaillant 51h < semaine < 69h..... | 49 |
| Figure 39 : Niveau de Burn Out chez les MSU travaillant plus de 70h/semaine | 50 |
| Figure 40 : Sentiment des MSU / à la quantité de travail | 51 |
| Figure 41 : Sentiment des MSU / au nombre d'heures travaillées/semaine | 51 |
| Figure 42 : Relation des MSU aux loisirs..... | 52 |
| Figure 43 : Relation des MSU aux loisirs fonction du nombre d'heures/semaine | 52 |

Table des tableaux

| | |
|---|-----------|
| Tableau 1 : comparaison MG / MSU du niveau de BO général..... | 30 |
| Tableau 2 : comparaison MG / MSU du niveau de BO des hommes..... | 33 |
| Tableau 3 : comparaison MG / MSU du niveau de BO des 55-59 ans | 40 |
| Tableau 4 : comparaison MG / MSU du niveau de BO des médecins exerçant en groupe | 43 |
| Tableau 5 : comparaison MG / MSU du niveau de BO des médecins vivant en couple | 46 |
| Tableau 6 : comparaison MG / MSU du niveau de BO des médecins avec enfant(s) | 48 |

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Florence VANEECLOO

LE STATUT DE MAITRE DE STAGE UNIVERSITAIRE PROTEGE-T-IL LES MEDECINS GENERALISTES DU LIMOUSIN DU BURN OUT?

Résumé :

Le Burn Out Syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel touche une part importante des médecins généralistes (MG) et les enquêtes se multiplient pour mettre en évidence le mal être de cette profession. L'objectif de notre étude est de savoir si le statut de Maître de Stage Universitaire (MSU) est protecteur vis à vis du burn out (BO).

Nous comparons les résultats d'une enquête réalisée en 2010 par l'URPS des MG libéraux du Limousin, et ceux de l'enquête que nous avons menée en 2014 auprès des MSU du Limousin utilisant le même questionnaire anonymisé contenant le MBI test.

Avec respectivement 40 % et 69 % de taux de participation, 322 MG en 2010 et 66 MSU en 2014 ont répondu. Ces échantillons sont représentatifs des populations sources.

70 % des MSU n'ont pas de signe de BO contre 47 % des MG ($p = 0,0007$).

5 % des MSU ont un score de BO modéré contre 19 % des MG ($p = 0,0035$).

1,5 % des MSU ont un score de BO élevé contre 8 % de MG ($p = 0,07$)

En Limousin, la prévalence du BO chez les MSU est inférieure à celle des MG.

Chez les hommes, chez les 55-59 ans, chez les médecins exerçant en groupe, vivant en couple et avec enfant(s), les MSU présentent moins de BO que les MG.

Le statut de MSU est donc protecteur en Limousin vis-à-vis du BO.

Les MG femmes présenteraient moins de signes de burn out que leurs confrères masculins.

Est-ce que ce sont les MG les moins touchés par le BO qui s'engagent dans l'accueil des internes?

Mots-clés : Burn out, médecin généraliste, maîtres de stage universitaire

DOES THE STATUTE OF UNIVERSITY SUPERVISOR PROTECT THE LIMOUSIN GENERAL PRACTITIONERS FROM THE BURN OUT?

Abstract :

Burn Out Syndrome or syndrome of professional exhaustion impacts a significant part of the general practitioner (MG), and the investigations number increases to highlight the malaise of this profession. The purpose of this study is to determine if the statute of University Supervisor (MSU) is protective with regard to the Burn Out (BO).

We compare the results of a survey conducted in 2010 by the URPS of the private practitioners of Limousin, with those resulting of a previous survey we have lead in 2014 with MSU from Limousin by using the same anonymized questionnaire including the MBI test.

With respectively 40% and 69% of participation, 322 MG in 2010 and 66 MSU in 2014 answered. These samples are representative of the populations sources.

70% of the MSU present no sign of BO vs. 47% of the MG ($p = 0,0007$).

5% of the MSU present a moderated level of BO vs. 19% of the MG ($p = 0,0035$).

1,5% of the MSU present a high level of BO vs. 8% of the MG ($p = 0,07$).

In Limousin, the prevalence of the BO for MSU is lower than the one for the MG. For men, people between 55 and 59 years old, doctors practicing in group, living as couple with children, the MSU are less impacted by the BO than the MG.

The statute of MSU is thus protective in the Limousin with regard to the BO.

The MG women would be less concerned by the BO than their male colleagues.

Are the less MG impacted by BO involved in the residents welcoming?

Keywords : Burn out, general practitioner, University Supervisor