Professeur Eric GALAM

Professeur Jean-Marc SOULAT

DIPLÔME INTER – UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2015 – 2016

« CURA TE IPSUM UT ALIOS CURES »

Si tu veux prendre soin des autres, prends soin de toi.

Contribution à la prévention de l'épuisement professionnel des médecins du Cher

Réflexions sur le syndrome d'épuisement professionnel des soignants

Propositions pour une prise en charge

Docteur Geneviève MACET
Lunery – Cher

Docteur Gérard KERIHUEL
Bourges – Cher

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les enseignants du Diplôme Inter – Universitaire « Soigner les soignants » Paris VII et Toulouse III pour la qualité des échanges que nous avons eus avec eux, la pertinence de leurs réflexions et leur accompagnement tout au long de cet enseignement.

Nous souhaitons remercier également le Professeur Eric GALAM et le Docteur Jean Jacques ORMIERES de nous avoir permis d'utiliser le questionnaire des audits de l'enseignement pour notre travail.

PRÉAMBULE

Ce mémoire est le travail de deux médecins du département du Cher (18) qui ont souhaité s'inscrire à la première promotion du Diplôme Inter – Universitaire « Soigner les soignants » étant concernés au titre de conseillers de la commission d'entraide du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Cher et étant amenés à rencontrer régulièrement, dans ce cadre, des confrères atteints d'épuisement professionnel.

Par ailleurs, la création d'un Diplôme Inter – Universitaire intitulé « Soigner les soignants » confirme la réalité de cette problématique et en souligne l'ampleur, de même que désormais l'existence de plusieurs numéros d'appel nationaux de structures pouvant venir en aide aux soignants (le lecteur est invité à se reporter à la fin de la bibliographie).

Il existe également des consultations de souffrance au travail mais dont la fréquentation n'est pas majoritairement celle des soignants.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 5

1 METHODE 7

1.1 LES SUJETS 7
1.2 LE MATERIEL 7
1.3 LE PROTOCOLE 7
1.4 LE TRAITEMENT DES DONNEES 7

2 RESULTATS 8

2.1 QUESTIONNAIRE N°1 8
FACTEURS PEJORATIFS 8
FACTEURS PROTECTEURS 9
RESULTATS GENERAUX 10
2.2 QUESTIONNAIRE N°2 10
EPUISEMENT PROFESSIONNEL 10
DEPERSONNALISATION 10
ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL 10

3 DISCUSSION 11

3.1 LES ELEMENTS SPECIFIQUES DU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LE SOIGNANT 11
3.2 POUR LE QUESTIONNAIRE N°1 14
CONCERNANT LES FACTEURS PEJORATIFS 14
CONCERNANT LES FACTEURS PROTECTEURS 14
3.3 POUR LE QUESTIONNAIRE N°2 15

CONCLUSIONS 16

BIBLIOGRAPHIE 22

INTRODUCTION

Quelques définitions et un bref rappel historique permettront de préciser la problématique qui fait l'objet de ce mémoire :

- **Le burn out :** ce terme apparu dans les années 1970 aux USA décrivait en aéronautique « *la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant avait pour résultante une surchauffe et un risque de bris de machine* ». Appliqué aux soignants et aux personnes impliquées dans une relation d'aide, la définition donnée par **C.MASLACH et S.JACKSON** était : « *Syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel apparaissant chez des individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ».* Suite à leurs recherches, MASLACH et son équipe proposeront en 1981 un instrument de mesure standardisé appelé le **MBI Test** (Maslach Burn Out Inventory) (cf. annexe III). A partir de 1996 SCHAUFELI et son équipe montrèrent que le burn out pouvait se retrouver dans tout type de travail et pas uniquement chez les personnes impliquées dans une relation d'aide. Mais ce n'est qu'à partir des années 2000 que ce syndrome a été étudié chez les médecins.

  Ce syndrome présente trois caractéristiques qui découlent de sa définition :

  - *Un épuisement émotionnel* résultant de l'exposition à un stress professionnel chronique.
  - *Une dépersonnalisation ou déshumanisation de la relation à autrui* qui correspond à un mécanisme de défense face à l'épuisement émotionnel : cette dimension est plus spécifique des soignants.
  - *Une diminution de l'accomplissement personnel* se traduisant par une perte d'estime de soi et de ses capacités professionnelles.

  Il ne semble pas exister de personnalité particulièrement prédisposée mais plutôt des facteurs favorisants concernant des motivations inconscientes du choix de la profession de soignant, des capacités d'adaptation limitées aux difficultés professionnelles ou un excès de focalisation sur le travail. A l'inverse savoir prendre du recul, ne pas se sentir envahi par son travail et avoir des capacités à trouver des ressources internes seraient des facteurs protecteurs (ces facteurs seront repris dans la partie concernant les propositions pour une prévention).
  L'équivalent français couramment utilisé pour le terme de burn out est **Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants (SEPS)**

- **Le burn in :** est en quelque sorte la « phase préparatoire » au burn out et consiste en un *présentéisme* c'est à dire une présence excessive au travail amenant à un état pathologique de surmenage entrainant des troubles somatiques divers chez un individu

(trop) présent physiquement mais mentalement démotivé et peu productif. Cette « consomption interne » sera l'antichambre du burn out.

- **Le stress :** terme utilisé par Hans SELYE dans les années 30 pour définir « *la réaction de l'organisme face aux modifications secondaires à des contraintes ou menaces de son environnement en vue de s'y adapter* » , cette réaction passant par trois phases successives d'alarme puis de résistance et enfin d'épuisement. Se profilent déjà ici des notions communes avec le burn out décrit comme une pathologie de l'adaptation et qui comprend également trois phases. La principale cause de ce syndrome est en effet l'exposition à un stress chronique (cf. infra) mais il s'agit néanmoins d'une pathologie de la relation d'aide (classée en *troubles de l'adaptation* pour la psychopathologie) dans laquelle, hormis le stress, le sens du travail a une place prépondérante.

Pour mieux situer l'importance du problème posé par ce syndrome d'épuisement professionnel, citons quelques chiffres :

- 53% des médecins libéraux s'estiment en burn out (surtout les médecins généralistes moins protégés par les actes techniques et 60,8% se déclarant menacés de SEPS) ; 14% décrivent une addiction (enquête CNPS 12/2015). Les femmes semblent plus souvent en détresse psychologique que les hommes (19 % versus 10 %). Par contre les hommes sont plus exposés aux risques dus à la consommation d'alcool (38 % versus 13 %).

- Le risque suicidaire est multiplié par 2,37 par rapport à la population générale (14% versus 5,9%) avec un risque plus élevé chez les femmes (2,27%) que chez les hommes (1,41%), les spécialités semblant les plus à risque étant les psychiatres, les anesthésistes et les médecins généralistes.

- Plus inquiétant est le nombre d'internes qui présentent au moins l'un des trois critères de burn out : 58%.

Après avoir précisé l'importance du sujet, l'objectif visé par ce travail est d'identifier les facteurs de risque de l'épuisement professionnel du soignant afin de mettre en place une prévention la plus adaptée et précoce possible avec, comme hypothèse centrale, que c'est cette prévention précoce qui sera efficace en terme de santé publique et de préservation du bien être des soignants.

1 MÉTHODE

1.1 Les sujets

Le travail a porté sur les médecins libéraux, salariés et hospitaliers du Cher.
Comme indiqué en annexes (cf. annexe I), la démographie médicale du département du Cher est en baisse régulière et se situe dans le bas du classement en terme de densité médicale (227 médecins pour 100.000 habitants en 2014 versus 333 sur le plan national), la région venant également en 3ème position des plus importantes diminutions après l'Ile de France et Champagne-Ardennes en 2016 (cf. détails en annexe I).
Il semblait de ce fait légitime de penser que ces médecins, compte-tenu de la diminution régulière des effectifs, étaient plus à risque d'épuisement professionnel.
Les questionnaires ont été envoyés à tous les médecins du département en activité, soit 647 personnes.

1.2 Le matériel

Deux questionnaires ont été utilisés (cf. détails annexes II et III)

- Le questionnaire n°1 évalue différentes approches permettant de mieux définir le soignant avec trois pôles définissant *la personne* (4 chapitres), *le professionnel* (7 chapitres) *et le soignant* (6 chapitres) auxquelles ont été ajoutés d'autres informations telles que le sexe, la tranche d'âge et le mode d'exercice.
- Le questionnaire n°2 est le MBI test établi par MASLACH et JACKSON et reconnu comme un des principaux tests d'évaluation du burn out. Il explore l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation de la relation et l'accomplissement personnel.

1.3 Le protocole

Il a consisté en l'envoi des questionnaires aux 647 médecins à partir du 18 Février 2016.
La réponse était demandée au plus tard le 15 Avril 2016.
A ces questionnaires était joint un courrier explicatif (cf. Annexe IV).

1.4 Le traitement des données

Le taux de réponse a été de :

- 190 pour le questionnaire 1 sur les 647 envoyés soit un pourcentage de 29,4%,
- 65 pour le questionnaire 2 sur les 647 envoyés soit un pourcentage de 10% (ce faible retour peut s'expliquer par le fait qu'il était demandé aux médecins de remplir le questionnaire directement en ligne et d'en envoyer une copie).

Les résultats ont été colligés et présentés sous forme de graphiques en secteur (cf. Annexe V).

2 RÉSULTATS

2.1 Questionnaire n°1

Les résultats figurant ci-après sont ceux ayant eu les pourcentages de réponses les plus importants et qui semblent être les plus discriminants au regard de la problématique de ce mémoire. Pour la totalité des résultats, le lecteur est invité à se reporter à l'annexe V.
D'autre part, ils seront exprimés en deux parties : ceux qui ont un impact « péjoratif » sur le soignant et ceux qui ont un rôle plutôt « protecteur ».

FACTEURS PEJORATIFS

1. ***Pour la personne :***
   - 96,2% ne participent pas à un groupe de parole (type Balint),
   - 94,6% ne pratiquent pas de « débriefing émotionnel »,
   - 89,5% ne sont pas formés à la gestion du stress,

   Il est cependant à noter pour ces trois items que les possibilités locales de participer à de tels groupes de parole sont très limitées et peuvent expliquer des taux de participation aussi faibles.

2. ***Pour le professionnel :***
   - 97,3% ne disposent pas d'une prise de rendez-vous en ligne sur internet (ce qui soulagerait grandement la secrétaire, de ce fait beaucoup plus disponible pour les patients et elle-même moins stressée et « agressée », ainsi que le médecin qui bénéficierait d'une gestion des rendez-vous beaucoup plus aisée et comportant un plus grand nombre de fonctionnalités, ayant notamment un effet très bénéfique sur l'absentéisme des patients, source de stress supplémentaire pour le médecin),

   - 75,0% n'accompagnent pas de jeunes confrères et 45,0% n'accueillent pas facilement des jeunes voulant s'installer : corrélés aux 18,9% qui sont tuteurs , cela souligne peut-être des changements de pratiques et de mentalités à mettre en place (la population médicale actuelle étant installée depuis longtemps et n'étant pas habituée à ces pratiques),

   - 73,8% ne diversifient pas leur pratique.

3. ***Pour le soignant :***
   - 92,6% n'ont pas de télésurveillance dans leur cabinet,
   - 92,1% n'ont pas été formés à la gestion de la violence,
   - 78,3% ne font pas signer de déclaration confirmant les informations reçues,

- 63,7% n'ont pas de consultations dédiées pour une pathologie chronique (qui sont souvent plus « chronophages » et donc facteur de stress suite au possible retard pris),
- 58,9% ont déjà été menacés verbalement ou physiquement.

FACTEURS PROTECTEURS

1. ***Pour la personne :***
   - 95,2% ne suivent pas de psychothérapie (absence de besoin ou déni ?),
   - 88,4% ne fument pas et 79,3% ne consomment pas d'alcool ni de psychotropes,
   - 83,2% ont souscrit une assurance prévoyance,
   - 77,8% ne sautent pas de repas,
   - 72,6% n'ont pas de pathologie chronique.

2. ***Pour le professionnel***
   - 98,4% sont à jour pour leurs impôts et pour leurs cotisations sociales,
   - 88,3% consultent sur rendez-vous,
   - 88,2% ne se sont pas reconvertis,
   - 86,2% ne font pas beaucoup de visites à domicile (mais pour les 13,8% qui en font, seuls 42,4% les programment),
   - 80,9% suivent les recommandations de l'HAS,
   - 78,5% gardent du temps pour leur formation,
   - 77,3% ont des dossiers informatisés et 68,4 % maîtrisent bien l'outil informatique,
   - 77,0% ont un secrétariat, 75,0% ne répondent pas directement au téléphone et 73,0% ne donnent pas leur numéro de mobile.

3. ***Pour le soignant :***
   - 93,7% ont d'autres centres d'intérêt que la médecine,
   - 91,4% demandent précisément le motif de consultation à leurs patients et dans 73,1% des cas proposent une consultation spécifique,
   - 90,3% connaissent leurs patients,
   - 90,3% peuvent échanger avec un confrère sur la conduite à tenir,
   - 89,3% pensent être reconnus par leurs pairs,
   - 84,8% expliquent et relisent leurs prescriptions aux patients,
   - 83,7% réalisent facilement une consultation gratuite,
   - 83,2% savent dire non aux demandes abusives,
   - 81,3% ne travaillent pas en opposition avec leur conscience professionnelle ; dans le cas contraire 72,9% adressent leurs patients à un autre confrère.

RESULTATS GENERAUX

- Hommes : 63,8 % Femmes : 36,2 %.
- Tranches d'âge : 59,5 % a 55 ans et plus.
- Répartition professionnelle : médecins généralistes = 45,0%
  médecins spécialistes = 41,3 %

- Mode d'exercice : Libéral = 41,8%
  Hospitalier = 23,3%
  Salarié = 19,6%

2.2 Questionnaire n°2

Comme pour les résultats précédents ceux-ci seront résumés et le lecteur est invité à se reporter à l'annexe V pour les résultats détaillés. Les adjectifs « *Bas », « Modéré »* et *« Elevé »* se réfèrent au niveau de burn out.
En reprenant les trois grands chapitres explorés par le MBI test, les résultats observés dans cette enquête ont été les suivants :

EPUISEMENT PROFESSIONNEL

Le risque de burn out dû à un épuisement professionnel est élevé dans 19% des cas,
modéré dans 32% des cas,
et bas dans 49% des cas.

DEPERSONNALISATION

Le risque de burn out dû à une dépersonnalisation est élevé dans 21% des cas,
modéré dans 37% des cas,
et bas dans 42% des cas.

ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL

Le manque d'accomplissement personnel peut aussi être un facteur de risque du burn out. Ce risque est même élevé dans 20% des cas et modéré pour 28% mais reste bas dans 52% des cas.

3 DISCUSSION

3.1 Les éléments spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel chez le soignant

Avant d'envisager les commentaires de ces résultats et leur implication sur des propositions de prise en charge, revenons quelques minutes sur ***la spécificité du syndrome d'épuisement professionnel du soignant.***

Comme cela a été dit auparavant, il s'agit d'une **pathologie de la relation d'aide** à laquelle le soignant est confronté dans son quotidien professionnel et qui est son « cœur de métier » par essence même. Les aspects spécifiques du burn out chez le soignant seront donc corrélés aux paramètres qui viendront heurter cette relation d'aide.

La grande diversité et le niveau d'exigence des demandes imposent au soignant une grande disponibilité d'écoute, de tolérance et d'acceptation de l'Autre qui peuvent être amplifiées par des demandes « cachées » inconscientes des patients. Or les contraintes actuelles d'organisation des soins ne permettent pas toujours au soignant, autant qu'il le souhaiterait, d'avoir cette disponibilité et seront donc progressivement source de stress chronique.

Le soignant doit être en mesure « d'absorber » les projections de la souffrance de l'Autre sur lui avec parfois des aspects dramatiques de la vie (violence, fin de vie, mort, tabous) entrainant des « micro-consomptions » régulières caractérisant le « burn in » (cf. Annexe VII) ou la « fatigue compassionnelle » (spécifiquement liée à l'écoute et à la vue de la souffrance contrairement au burn out), d'autant plus délétères qu'il n'y a pas d'espace de parole pour évacuer ce stress.

Le métier de soignant et la relation d'aide, qui en est l'âme, renvoient à la question du déterminisme du choix de la profession qui peut venir faire écho avec ses propres motivations entrainant un trop grand dévouement, le risque étant de se perdre à vouloir résoudre tous les maux du monde.

Ne parle-t-on pas souvent de « sacerdoce » concernant cette profession ? (ce qui renvoie à la notion de « fonction apostolique » décrite par Michael BALINT). Par contre, ces « vocations », ayant tendance à être moins fréquentes, font perdre la double dimension sociale et religieuse qui possédait un pouvoir défensif vis-à-vis de l'épuisement professionnel, bien que l'imagerie populaire ait conservé cette dimension, demandant au soignant dévouement total, voire abnégation, pour tout sacrifier pour leurs patients et avec une quasi obligation de résultats sous-entendue, investi qu'il est du savoir et du pouvoir guérir.

Les conditions socio-économiques actuelles dans lesquelles s'exerce le plus souvent le métier de soignant le rendent plus vulnérable et sans pouvoir attendre les bénéfices secondaires en termes d'admiration et de reconnaissance.

Dans cette relation d'aide particulière qu'exerce le soignant, les contraintes et tensions émotionnelles sont amplifiées par le secret professionnel qui ne lui permet pas de partager (et lui impose une vigilance de tous les instants tant le contexte médico-légal prend une place de plus en plus importante) : le poids de ces secrets répétés peut finir par user, ce qui souligne l'importance des lieux de supervision. Cette position particulière s'explique aussi par les projections que les patients effectuent sur le soignant : il a le savoir, presque le pouvoir sur la vie et la mort, pratiquement dans la toute puissance (qui peut faire écho avec certaines illusions infantiles mal résolues). Ceci souligne l'importance de conserver une bonne distance relationnelle et thérapeutique pour être un « contenant » efficace des souffrances de l'Autre et permettre au transfert et au contre-transfert de jouer leur rôle dans cette relation d'aide.

Le soignant peut toujours (dans l'absolu de son idéal) faire plus pour son patient et la souffrance de celui-ci peut ne jamais être totalement évacuée : c'est le « no limit » qui permettra au candidat au burn out de s'engouffrer sans problème (à la différence d'autres professions, elles aussi touchées par le burn out, où la pénibilité sera collectivement construite à travers ses aspects matériels tels que le bruit, le rythme de travail, la saleté, le poids des charges, les agressions par des agents physiques ou chimiques qui sont plus facilement objectivables et socialement reconnus). A l'inverse, le soignant travaille avec du « matériel éminemment subjectif » qu'est l'être humain et son travail relationnel est beaucoup plus difficile à valoriser objectivement, n'étant souvent reconnu que le travail technique, aggravant ainsi la notion de manque de reconnaissance, surtout lorsqu'une surcharge de tâches administratives vient accentuer le sentiment d'insatisfaction et de manque de temps pour des tâches plus valorisantes.
Il existe d'emblée un déséquilibre dans la relation entre un patient vulnérable et le soignant qui a le savoir (voire qui est investi d'une toute puissance par un patient qui s'en remet à lui). Ce soignant ne pourra pas faire abstraction des enjeux éthiques et sociétaux pour pouvoir construire un partenariat équilibré, base d'une relation authentique et confiante compatible avec la rencontre de deux subjectivités.
D'autre part, la médecine devenant de plus en plus technique renforce l'inacceptabilité de ses limites, la société civile transposant sur les soignants l'illusion mégalomaniaque de toute puissance (sous entendant implicitement une obligation de résultats).

A cela s'ajoute parfois un sentiment de non reconnaissance de son travail au regard de son investissement et de son implication dans la relation d'aide.

Cela peut faire écho avec le temps (de ses études) où la reconnaissance du professeur était acquise s'il travaillait et où celle-ci ne dépendait que de lui, pseudo toute puissance sous-entendue mais indépendante des contingences relationnelles. Il est fréquent que ce besoin de reconnaissance soit un écran a un besoin d'attention, d'empathie qui en constituent le versant affectif nécessaire pour conforter son ego et « valider » son investissement

personnel passé et présent dans sa profession et dans une confusion entre « ce qu'il a donné de lui » et la réalité de son rôle professionnel.
L'organisation socio-professionnelle peut également majorer ce sentiment de non reconnaissance car il existe une grande différence entre les médecins (surtout libéraux) et les salariés en entreprise qui peuvent obtenir un arrêt de maladie ou un temps partiel thérapeutique avec parfois possibilité de reconnaissance de leur burn out en tant que maladie professionnelle. A ce jour le travail des médecins libéraux n'entre pas dans la catégorie des métiers à pénibilité augmentée…
Enfin, il faut garder présent à l'esprit que le médecin malade (ou sur le point de l'être) n'est pas un patient comme les autres pour plusieurs raisons : déjà la « règle » de confraternité qui veut que l'on ne fasse pas payer un confrère peut l'inciter paradoxalement à ne pas consulter pour « ne pas gêner » ce qui peut être source de retard au diagnostic et à la prise en charge. Ce retard à consulter peut aussi s'accentuer par le déni de ne pas avoir le temps, de ne pas avoir le « droit d'être malade » puisque le soignant doit donner l'image de bonne santé, par la pratique d'un autodiagnostic et/ou d'une automédication. A cela s'ajoutent la difficulté à aller se confier à un confrère (reconnaissant ainsi sa vulnérabilité voire en ressentant de la honte ou ayant un doute sur la confidentialité) et/ou à lui faire totalement confiance en s'en remettant à lui, au fait que la relation soigné-soignant peut être faussée par la profession même du demandeur qui pourra inciter le soignant à élaguer l'ordonnance, à éviter la prescription d'un arrêt de travail, à faire comme si ça allait de soi pour le soigné, au fait que le soignant se sente jugé par le soigné et devienne moins objectif dans son attitude diagnostique et thérapeutique ou bien, par le biais d'un effet miroir négatif, se sente confronté à sa propre fragilité et/ou ses failles reprenant ici l'esprit de compétition développé au cours du cursus des études : tous ces éléments illustrent la spécificité de la relation médecin soignant – médecin soigné et que le partage de la connaissance et du « pouvoir » sur et avec l'autre est très complexe…
On aboutit ainsi au paradoxe que le soignant qui s'occupe d'un médecin malade voit en lui d'abord un malade puis un médecin alors que le médecin malade se considère d'abord comme médecin puis comme malade dans une auto conviction qu'il devrait savoir mieux se soigner que les autres alors qu'il y a souvent un retard à la consultation pouvant être parfois péjoratif pour le pronostic. Cela illustre l'opposition entre l'idéal (parfois excessif) que le médecin a de sa profession et l'image que lui renvoient ses patients et la société (dont les politiques concernés) : ce point important sera à souligner dans la prévention impliquant la nécessité d'informer qu'un médecin est avant tout une personne avant d'être un professionnel, nécessitant là un changement culturel, s'il ne veut pas être victime de tensions psychologiques et éthiques néfastes.
En reprenant les résultats obtenus dans l'enquête par questionnaires, peuvent être mis en évidence les éléments suivants :

3.2 Pour le questionnaire n°1

CONCERNANT LES FACTEURS PEJORATIFS

- Ceux centrés sur la personne mettent en avant l'importance de la « gestion des émotions » au sens large sous forme de supervision (individuelle ou collective) ou de formation à la gestion du stress.
- Ceux concernant le professionnel, l'adjonction d'une gestion de la prise de rendez-vous via une plateforme internet qui complète le travail de la secrétaire (et surtout ne se substitue pas à elle) serait bénéfique de même que l'accompagnement de jeunes confrères (ce qui nécessite une modification des habitudes) et la diversification de son exercice.
- Ceux concernant le soignant, une formation en gestion de la violence (surtout verbale via l'apprentissage de techniques de communication) est souhaitable de même que réserver des créneaux de consultations spécifiques dédiées à la prise en charge des pathologies chroniques.

CONCERNANT LES FACTEURS PROTECTEURS

- De la personne : l'étude montre qu'une grande majorité ne suit pas de psychothérapie, n'ont pas d'addiction ni de pathologie chronique et sont plutôt prévoyants.
- Du professionnel : la presque totalité assume ses charges sociales et fiscales. Une grande majorité organise son activité pour diminuer le stress en consultant sur rendez-vous, en ayant recours à un secrétariat, en étant informatisée et en maîtrisant bien l'outil, et en ne donnant pas son numéro de téléphone mobile. Nombreux sont ceux à conserver du temps pour leur formation, à suivre les recommandations de l'HAS et ne pas s'être reconvertis.
- Du soignant : là aussi une très large majorité est prudente en demandant précisément le motif de consultation, en expliquant et en relisant leur prescription aux patients, et en connaissant bien leurs patients. Elément important : nombreux sont ceux qui savent dire non à une demande abusive et qui travaillent en accord avec leur conscience professionnelle (en adressant, dans le cas contraire, leur patient à un confrère). Enfin, ils échangent majoritairement avec leurs confrères et se sentent reconnus par eux.

A la lecture de ces résultats, il serait possible de conclure qu'une grande majorité de nos confrères, malgré la pénurie démographique médicale, va plutôt bien, ce qui est rassurant et viendrait infirmer l'hypothèse de départ formulée au début de ce mémoire.
Néanmoins, peuvent toujours être discutées les déclarations par questionnaires (bien qu'anonymes) car il est difficile d'apprécier les « sur déclarations » qui viendraient conforter l'idéal du déclarant et il est possible de se poser la question que, parmi les non répondants, certains n'allaient pas bien. Par ailleurs, il y a eu peu de retours pour le MBI test.

Ne disposant pas de statistiques équivalentes retrouvées dans la littérature, car le questionnaire qui a été employé est différent de ceux habituellement utilisés dans les études sur ce thème, cela n'a pas permis aux auteurs de ce mémoire de pouvoir faire une étude comparative. Ce pourrait être une piste de recherches via des études prospectives reproductibles…

3.3 Pour le questionnaire n°2

Le faible nombre de questionnaires recueillis (10%) ne nous a pas semblé suffisamment significatif pour pouvoir en tirer des conclusions validant l'hypothèse centrale, même s'il semble que les médecins spécialistes ont un taux de burn out plus élevé pour l'épuisement professionnel et la dépersonnalisation que les médecins généralistes, que les femmes ont un taux d'épuisement professionnel plus important que les hommes (29 vs 11) et que l'accomplissement personnel soit moins performant en milieu urbain qu'en milieu rural (20,4 vs 7,2). Par ailleurs les chiffres comparables avec la thèse de 2006 ne concernaient que les médecins généralistes libéraux ce qui donnait une vision beaucoup plus restrictive.

CONCLUSIONS

A l'issue de ce travail il apparait que l'hypothèse de départ évoquant un risque majoré d'épuisement professionnel chez les médecins du Cher, compte-tenu de la diminution régulière de la démographie médicale dans ce département comme en attestent les chiffres officiels, semble ne pas être confirmée, réserves faites cependant d'une possible sous estimation due à l'aspect déclaratif par auto questionnaires.
Néanmoins, les auteurs, en leur qualité de membres du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins et de la commission d'entraide, ont souhaité exprimer des propositions de prévention et de prise en charge pour les confrères concernés par l'épuisement professionnel ou en passe de le devenir. Par ailleurs existe dans notre département une structure associative de jeunes médecins qui organise sa deuxième rencontre annuelle intergénérationnelle appelée « Confraterniday » permettant de réunir des médecins de tous les âges pour une rencontre confraternelle et amicale. Les auteurs de ce mémoire envisagent de collaborer avec cette association pour mettre en place une prévention de l'épuisement professionnel par un repérage précoce des « signaux d'alarme », notamment chez les jeunes confrères via des réunions d'information voire de formation.
Auparavant, il est important de revenir sur la chronologie de développement du burn out car le repérage de ces signes est primordial pour mettre en place une politique de prévention par leur repérage précoce.

Chronologie du développement du burn out

Le syndrome d'épuisement professionnel commence souvent par une phase *d'enthousiasme idéaliste* où le soignant se sur-identifie et se surinvestit pour le patient y compris dans des champs d'action qui ne relèvent pas de son travail. Il dépense une énergie excessive souvent sans efficacité.
Puis vient une période de *stagnation* au cours de laquelle, après épuisement progressif, le soignant ressent une *frustration* ayant moins de « retour sur (sur)investissement » que souhaité, se remettant en question sur la valeur et l'efficacité de son travail. Cette déception peut être source d'ennui voire de distraction qui peuvent l'amener à commettre des erreurs.
Enfin vient la phase d'*apathie* où, bien que frustré en permanence, le soignant a néanmoins besoin de son travail pour vivre. Il en viendra donc à travailler a minima (à l'opposé de la phase initiale), à être dans l'évitement entrainant une sorte de « paranoïa auto-induite » qui l'amène à se protéger de tout et de tout le monde, sans pour autant être à l'écoute des signaux corporels (traduisant son épuisement physique) ni des mises en garde de ses proches et/ou de ses collègues, et ce, jusqu'à « l'explosion » (burn out) physique secondaire à une pathologie organique ou psychique (dépression).

Cette chronologie schématiquement en trois phases est à rapprocher de la triade symptomatique évaluée dans le MBI test :

- Epuisement émotionnel (concernant 43% des sujets)
- Déshumanisation de la relation à l'Autre (40 %)
- Perte de l'accomplissement personnel et sentiment d'échec professionnel (33%)

Evoquons maintenant la symptomatologie clinique qui peut orienter, chez le soignant, sur une évolution vers un syndrome d'épuisement professionnel.

Les symptômes évocateurs à repérer

Ils sont d'autant plus importants que ce sont eux qui devront éveiller l'attention pour orienter une prise en charge précoce ; ils sont variés et ne se retrouvent pas de manière univoque chez chaque soignant. Citons :

Perte de vitalité et sentiment d'abattement
Indifférence, ennui, déconcentration voire cynisme envers ses patients qui se trouvent d'autant plus décontenancés qu'ils ont connu le soignant dans sa phase initiale d'hyper investissement.
Impatience, irritabilité vis-à-vis des proches puis des patients qui sont « désinvestis » et ne sont plus considérés en tant que personnes pouvant donner parfois à certains un sentiment (péjoratif) de toute puissance.
Parfois l'attention doit être attirée par des symptômes physiques ou psychiques en sachant qu'ils ne sont pas spécifiques :
Symptômes physiques : insomnie, dorsalgies (« en avoir plein le dos »), hypertension artérielle, troubles digestifs, baisse de l'appétit, migraines, contractures musculaires, asthénie.
Symptômes psychiques : irritabilité excessive, cynisme, perte du sens de l'humour, indifférence, désintéressement, indécision, manque d'assurance ou d'estime de soi, anxiété, sentiment d'impuissance, troubles de la mémoire, culpabilité, pessimisme, tous ces signes survenant progressivement et contrastant avec le profil de personnalité antérieurement connu.

Répétons qu'aucun de ces signes n'est spécifique mais qu'ils devront attirer l'attention de l'entourage s'ils surviennent de façon inattendue chez un soignant a fortiori si le contexte personnel et/ou professionnel semble « favorisant ».
Evoquons maintenant la possibilité d'une prévention dont l'approche découle de l'analyse des questionnaires.

Prévention et propositions pour une prise en charge précoce

En préambule, disons que toute démarche préventive n'aura d'efficacité que si le soignant concerné souhaite s'impliquer.
Les auteurs tiennent par ailleurs à préciser qu'ils ne proposent ni « baguette magique » ni « recette miracle »…
Comme il a été vu précédemment il n'y a pas de burn out sans exposition à un stress chronique. De ce fait, les propositions de prise en charge seront donc axées sur cet état de stress dont les causes, comme cela sera développé, sont multiples.
Cette prise en charge sera envisagée sur du court terme, dès repérage des signaux d'alarme et sur du long terme pour la consolidation du soignant.

Prise en charge à court terme :

Distinguons les *facteurs internes qui tiennent à l'individu* et des *facteurs externes qui sont liés à l'environnement* et aux relations que le soignant a avec cet environnement.

1. *Les facteurs internes :* ils concernent l'individu
   - Gestion du stress interne qui sera très différente selon les sujets et la « structure de base » exposée au stress selon le degré de confiance et d'estime de soi, d'optimisme, d'attentes réalistes. Cette gestion peut s'améliorer par des entrainements psychiques avec un thérapeute ou sportifs.
   - Créer une distance par rapport aux pensées négatives en les écrivant sur une feuille.
   - S'entrainer à des « auto-injonctions positives » : par exemple remplacer « je ne vais pas y arriver » par « je vais essayer et faire de mon mieux ».
   - S'accorder le droit de parfois ne rien faire et/ou de se faire plaisir sans être dans la culpabilité ni le devoir.

2. *Les facteurs externes :* ils concernent l'environnement du sujet et les relations que celui-ci entretient avec cet environnement.
   - Gestion des stress externes : définir précisément ses tâches et celles de ses collaborateurs éventuels (secrétaires) ce qui permettra de savoir déléguer des tâches ; apprendre à dire non (cf. annexe VII la technique du « disque rayé »), ne pas être interrompu régulièrement dans son travail (téléphone, visites impromptues), se ménager des pauses dans son emploi du temps dans la journée et dans la semaine, savoir demander de l'aide.
   - Evacuer les tensions par des exercices de respiration profonde, de cohérence cardiaque (cf. annexe VII), de manipulation d'une balle en mousse, par des exercices de sautillement sur place, de lâchage brusque des bras et des épaules après hyper contraction, d'étirement.
   - Détourner son attention momentanément sur une autre activité : jardinage sport, jeu.

- Apprendre à stopper ses pensées négatives et ses ruminations par la sophrologie, l'hypnose.

Comme on le voit, la prise en charge de ces facteurs externes relève essentiellement d'apprentissages que le sujet pourra développer seul ou avec l'aide d'un thérapeute approprié.

Prise en charge à long terme : la plupart de ces propositions nécessiteront l'accompagnement d'un thérapeute.

- Ne plus se poser en victime : la surcharge de travail accentue le ressenti d'un manque de reconnaissance, ce qui majore le stress et génère l'auto-conviction d'être une victime et que c'est la faute de l'Autre. Il est donc nécessaire d'induire des changements permettant de passer du rôle de victime à celui d'acteur, de l'endurance passive au changement actif, de la critique hyper focalisée à la reconnaissance objective des difficultés : cela nécessite le recours à un thérapeute.

- Revoir ses attentes et ses objectifs : perfectionnisme excessif, attentes irréalistes, ambition démesurée, volonté de maîtrise totale sont sources d'épuisement : il est nécessaire de faire une pause pour effectuer un « insight » (cf. annexe VII) qui sera d'autant plus objectif avec l'aide d'un ami, d'une personne de confiance ou d'un thérapeute et permettra parfois de révéler des besoins profonds venant faire écho, sans pour autant nier ses besoins et attentes ni aboutir à une satisfaction résignée. Cela peut parfois amener à la conclusion d'un choix nécessaire de vie différente.
- Mettre en place des ressources psychiques : consiste à faire le bilan de ce qui « fonctionne bien », de ce qui ressource, de ce qui fait du bien, redonne de l'énergie comme des pauses de temps en temps pour régénérer les capacités mentales et émotionnelles : ces mesures seront souvent récusées par le candidat au burn out au motif d'une impossibilité, d'une perte de temps. Il sera alors important d'expliquer que toujours ignorer ses besoins vitaux et physiques est le meilleur moyen pour un effondrement physique et/ou mental.
- Prendre soin des ressources physiques : par la pratique régulière d'un sport non compétitif qui permettra l'évacuation des tensions et favorisera la sécrétion d'endorphines, et également par une attention particulière à la nutrition en termes d'équilibre, de durée, de cadre, de plaisir.
- Entretenir des relations : (conjugales, familiales, amicales) qui favorisent l'estime de soi, la motivation, le bien être ce qui permet de mieux gérer les événements négatifs. Le soutien social est une ressource essentielle pour la maîtrise du stress ce qui implique d'y être particulièrement attentif car il existe souvent un désinvestissement social en cas de burn out.

- Avoir des activités de loisirs, associatives, bénévoles : cela améliore l'équilibre émotionnel qui permet de percevoir le stress comme étant en fait une composante négative.
- Apprendre à gérer le temps et les conflits : en repérant les « mangeurs de temps », en sachant prioriser ses objectifs, en définissant des méthodes appropriées pour accomplir ses tâches, en apprenant à dire non. Tous ces éléments nécessitent également des apprentissages.

Il existe de nombreuses méthodes de prévention et de traitement mais la principale problématique est que les personnes concernées la plupart du temps ne perçoivent pas et n'identifient pas les symptômes. L'obstacle peut également provenir d'un blocage important vis-à-vis de changements de manière de vivre rendant parfois les conseils de l'entourage bienveillant comme étant une dévaluation des performances du sujet voire une volonté d'emprise ou de stigmatisation de la personne comme étant « malade » motivée par une soi disant jalousie et nécessitant parfois d'aller jusqu'à la survenue d'un évènement paroxystique pour prendre conscience de cette nécessité de changement.

Les différentes propositions envisagées ci-dessus soulignent l'importance de l'information (et c'est un des objectifs de ce travail via la mise en place d'un flyer d'information à destination des soignants) et de la mise en place des mesures de prévention.

Remarquons par ailleurs qu'il existe parfois des groupes de parole et des stages de formation à la gestion de l'épuisement professionnel dans certaines structures mais pas ou peu pour les médecins libéraux, augmentant ainsi leur vulnérabilité et ce, d'autant plus que l'Assurance Maladie leur « délègue » de plus en plus de tâches...

Pour résumer en trois grands axes ces propositions de prise en charge, il est nécessaire de :
1. Améliorer les conditions de travail en modifiant son environnement
2. Améliorer la communication en favorisant la sortie de l'isolement
3. Modifier les éléments négatifs de la vie personnelle

Pour conclure ce travail, nous souhaitons insister sur quelques notions :

- Pourquoi ne pas utiliser l'épisode de vie du burn out en effectuant un « arrêt sur image » pour modifier son échelle de valeurs afin d'évoluer vers un mieux être pour Soi et pour l'Autre ?
- Le but de la prévention du Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants est de mettre en place des mesures qui aideront les soignants à faire ce qu'ils font le

mieux : sauver des vies en commençant par la leur car, si le mal être des soignants représente effectivement un risque réel pour la population, la société se doit de protéger ceux qui traitent aussi la vulnérabilité des autres. Comment peut-on accepter que ceux auxquels on confie ses malades souffrent tant en tentant d'apporter des soins ?

- Mais les contraintes économiques ne risquent-elles pas, en diminuant la fraction de temps relationnel à l'Autre, de majorer le risque de burn out ? Ce sont là tous les enjeux de la Santé et de ses acteurs que l'on souhaite pour demain…

Restons toutefois lucides pour ne pas sombrer dans le mythe de Sisyphe (cf. annexe VII).

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- BOISSIERES-DUBOURG F. (2012) : Les soignants face au stress : comment se prémunir contre l'épuisement professionnel ?
  LAMARRE Rueil Malmaison
- CANOUÏ P. MAURANGES A. (1999) : le Syndrome d'Epuisement Professionnel des soignants : de l'analyse du Burn Out aux réponses
  MASSON Paris
- DELBROUCK M. (2009) : Le Burn Out du Soignant Le Syndrome d'Epuisement Professionnel
  DE BOECK Université Bruxelles
- DELBROUCK M. (2015) : Comment traiter le Burn Out : principes de prise en charge du Syndrome d'Epuisement Professionnel
  DE BOECK Supérieur Louvain la Neuve
- GALAM E. (2012) : L'erreur médicale Le Burn Out et le Soignant : de la seconde victime au premier acteur
  SPRINGLER Paris

ARTICLES et THESES :

- AMALBERTI R. (2012) : Le médecin seconde victime de l'erreur médicale
  Concours Médical
- AUBRY R. MALLET D. (2008) : Réflexions et propositions pour la formation médicale
  Pédagogie Médicale 9 / 94-102
- BARBIER D. (2004) : Le Syndrome d'Epuisement Professionnel du Soignant
  La Presse Médicale 33 / 6 / 394-398
- CANOUÏ P. MAURANGES A. FLORENTIN A. (1998) : le Syndrome d'Epuisement Professionnel ou Burn Out Syndrome
  Le Carnet Psy 37 / 27-33
- CANOUÏ P. (2003) : La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques
  Revue Internationale Francophone de Soins Palliatifs 18 / 101-104
- CANOUÏ P. (1996) : Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept d'épuisement professionnel le burn out. Considérations sociologiques et éthiques en réanimation pédiatrique
  Thèse
- CAUCHARD L. COURTET P. (2011) La Médecine peut-elle nuire à la santé des médecins ?
  La lettre du Psychiatre VII / N°1

- CAUCHARD L. COURTET P. (2011) Prendre soin de soi pour prendre soin des autres ou l'histoire du cordonnier…
  La Lettre du Gynécologue 316 - 6
- Colloque du CNPS (2015) : Soigner les professionnels de santé vulnérables
- Colloque Groupe Pasteur Mutualité (2008) Vulnérabilité et souffrance du soignant
- DALOZ L. BALAS ML. BENONY H. (2007) : Sentiment de non reconnaissance au travail, déception et Burn Out : une exploration qualitative
  Santé Mentale au Québec XXXII /2/83-96
- DALOZ L. (2007) : Epuisement professionnel et blessures de l'Idéal : réflexions cliniques sur la désillusion des Soignants et la formation initiale
  Pédagogie Médicale 8 / 82-90
- DELHAYE M. LOTSTRA F. (2007) : Soignants…soignés : un rapport complexe
  Une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant
  Cahiers de Psychologie Clinique 28 / 49-59
- EL OUALI Samira (2006) : Thèse pour le Doctorat d'Etat en Médecine_Faculté de Médecine de Tours : Etude du Burn Out ou Syndrome d'Epuisement Professionnel chez les médecins Généralistes libéraux du Cher
- ESTRYN-BEHAR M. MUSTER D. DOPPIA MA. MACHET G. GUETARNI K. (2009) : Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins Résultats de l'enquête SESMAT
- ESTRYN-BEHAR M. BRAUDO MH. FRY C. GUETARNI K. (2011) : Enquête comparative sur le Syndrome d'Epuisement professionnel chez les Psychiatres et autres spécialités des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT)
  L'Information Psychiatrique 87 / 95-117
- FERLEY JP. ROCHE-BIGAS B. (2015) : La souffrance des soignants en Limousin
  Etude de l'Observatoire régional de la Santé en Limousin N° 286 / 1
- GALAM E. (2005) : Dédramatiser et travailler nos erreurs L'erreur médicale Revue du Praticien Médecine Générale 19
- GALAM E. LEOPOLD Y. (2008) : Dossier Burn Out
  Le Concours Médical 130 / 393-405
- GALAM E. (2009) : La souffrance du médecin mis en cause par un patient
  Responsabilité 9 / 36 / 18-23
- GALAM E. (2013) : Soigner les médecins malades : un patient (pas tout à fait) comme les autres
  Médecine 1029 / 1-4
- GALAM E. (2013) : Soigner les médecins malades : quels médecins soignants ?
  Médecine 1042 / 471-474
- IMG Anonyme (2015) : Le médecin malade et sa maladie
  Médecine 1265 / 325-328
- JOSSE E. (2008) : Le Burn In et le Burn Out
  Résilience Psy

- LE BLANC A. (2016) : Burn Out : les internes aussi
  Le Généraliste 2745 / 7-9
- LEOPOLD Y. (2015) : Suicide et souffrance du médecin
  Médecine 9 / 391-393
- LHUILLIER D. LITIM M. (2009) : Le rapport santé-travail en psychologie du travail
  Mouvements 58 / 85-96
- LORIOL M. (2003) : Donner un sens à la plainte de fatigue au travail
  L'Année Sociologique 53 / 459-485
- THOMAS P. BARROCHE G. HAZIF-THOMAS C. (2012) : La souffrance des soignants et la fatigue de compassion
  Revue francophone de Gériatrie et Gérontologie 187 / 266-273
- VAN DAELE S. (2001) : La problématique d'être soignant et parent d'un malade
  Médecine et Hygiène 16 / 17-20

SITES INTERNET :

- www.aapml.fr
- www.association-mots.org
- www.cnps.fr
- www.conseil-national.medecin
- www.fgalatea.org
- www.has-sante.fr
- www.jim.fr
- www.soufrrancedusoignant.fr

NUMEROS D'APPEL NATIONAUX :

- **AAPML : 0 826 004 580**
- **CNPS : 01 56 79 20 65**
- **MOTS : 06 08 28 25 89**

ANNEXES

Annexe I : Statistiques de la démographie médicale II

Annexe II : Questionnaire n°1 XI

Annexe III : Questionnaire n°2 (MBI test) XV

Annexe IV : Lettre explicative accompagnant les questionnaires XVI

Annexe V : Résultats statistiques détaillés des réponses aux questionnaires

Partie A : Résultats questionnaire n°1 XVII

Partie B : Résultats questionnaire n°2 XXVIII

Annexe VI : Verbatim XXXII

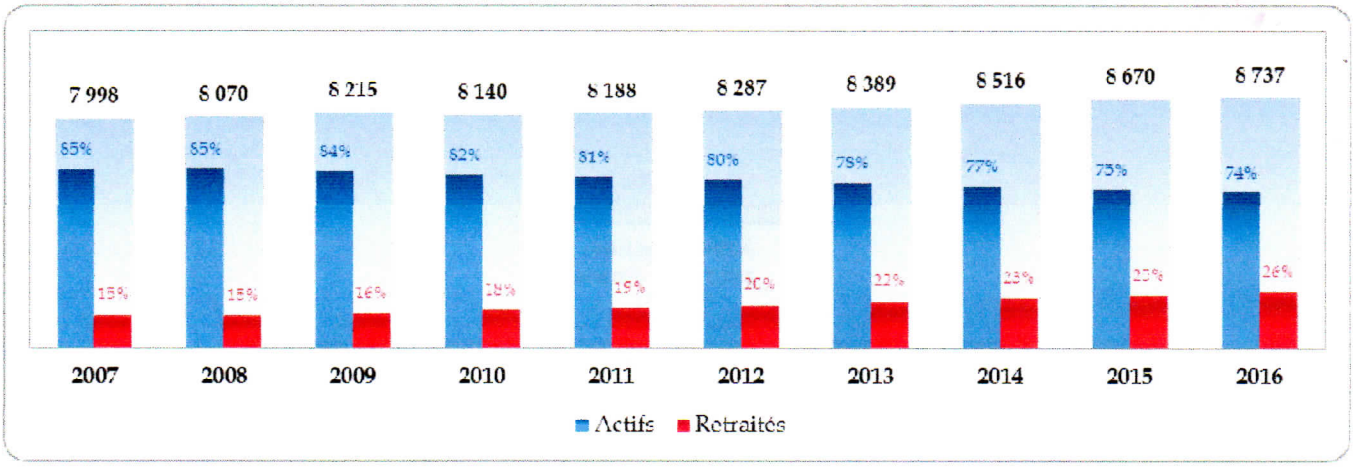
Annexe VII : Définition XXXIII

Annexe VIII : Flyer pour l'association MOTS XXXV

➢ Région Centre - Etat des lieux :

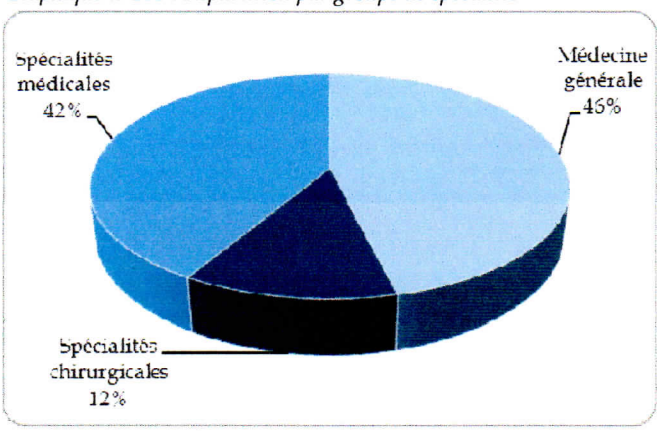
- 6 départements, 2 628 490 habitants.
- Densité médicale globale en 2016 : 332,4 médecins pour 100 000 habitants, soit une augmentation de 4,7% par rapport à l'année 2007.

Graphique n°132 : Evolution des inscrits au tableau et de la proportion d'actifs et de retraités

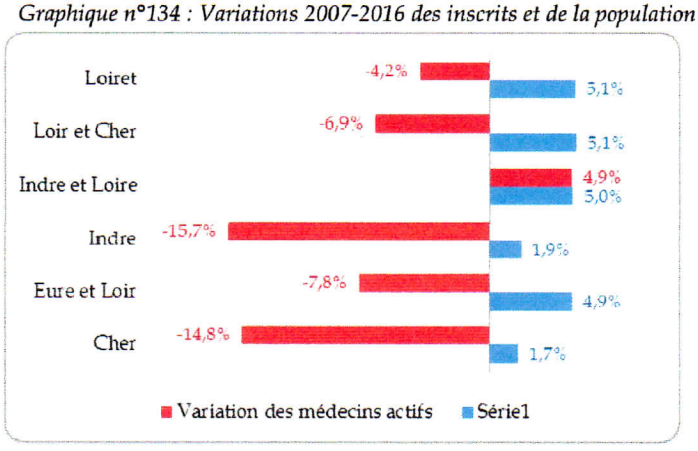


L'activité régulière :

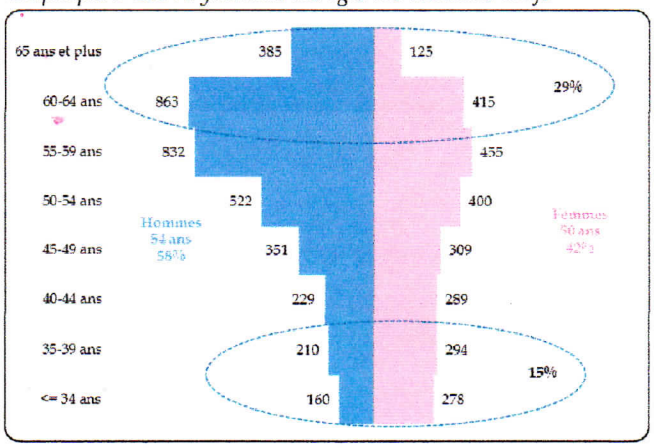
Graphique n°133 : Répartition par groupe de spécialité



Graphique n°134 : Variations 2007-2016 des inscrits et de la population



Graphique n°135 : Pyramides des âges des médecins actifs



Graphique n°136 : Evolution et projection des effectifs par spécialité

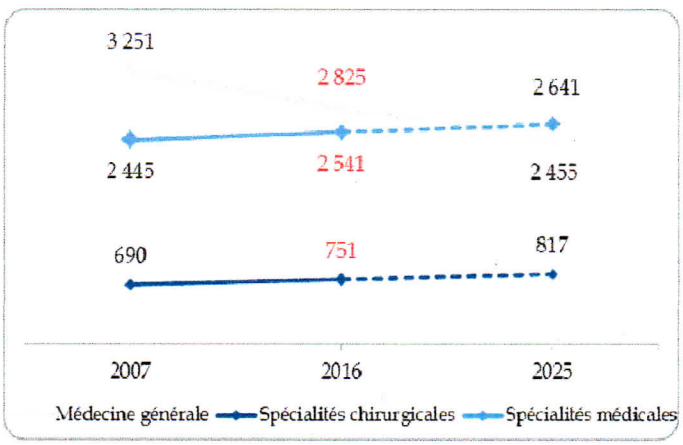
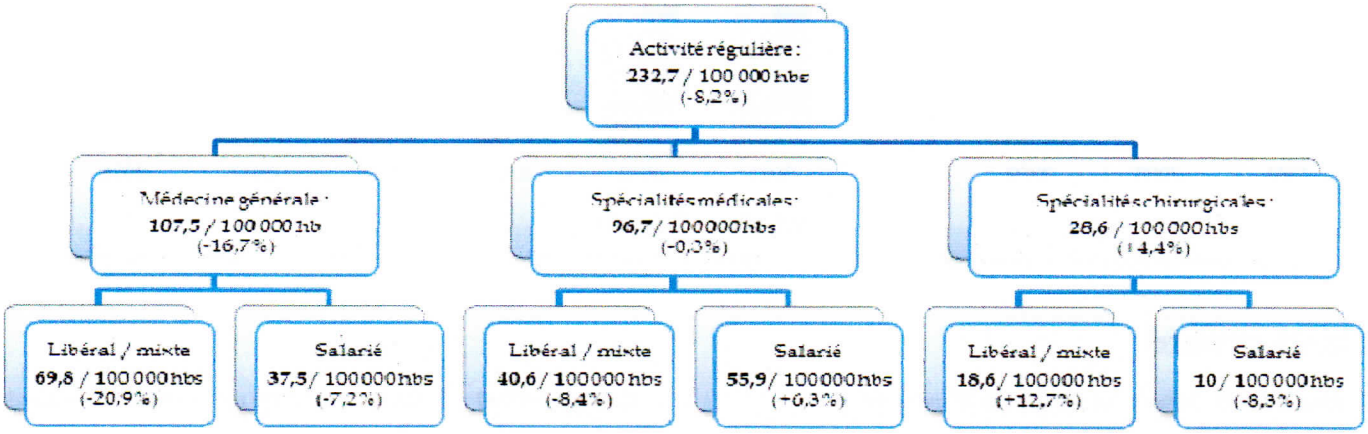


Tableau n°62 : Profil démographique par groupe de spécialités

Type de spécialité	Age			Modes d'exercice			
	Age moyen	% < 40 ans	% ≥ 60 ans	% libéral/mixte	% salarié	Var. 2007-2016 des libéraux/mixtes	Var. 2007-2016 des salariés
Médecine générale	53,2	12%	30%	65%	35%	-17%	-3%
Spécialités chirurgicales	50,4	21%	25%	65%	35%	18%	-4%
Spécialités médicales	52	18%	30%	42%	58%	-4%	11%

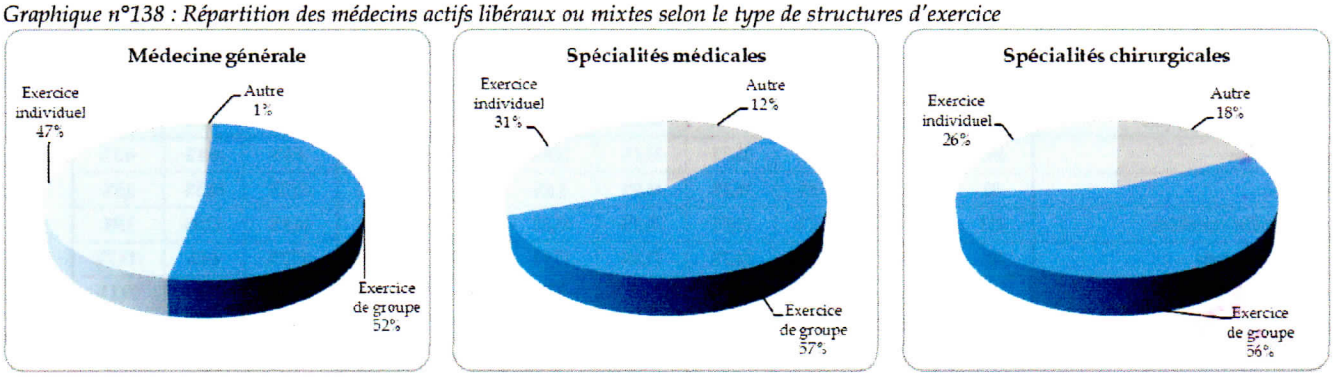
Les densités en activité régulière :

Graphique n°137 : Densités régionales (pour 100 000 habitants) et variations des densités 2007-2016



Les types de structures :

Graphique n°138 : Répartition des médecins actifs libéraux ou mixtes selon le type de structures d'exercice



Les nouveaux inscrits en 2015 :

Tableau n°63 : Indicateurs de la situation des nouveaux inscrits en 2015

Profil			Diplômes		Activité générale			Modes d'exercice act. regulière			Spécialités		
effectifs	âge moyen	% femme	% UE	% Hors UE	% act. régulière	% remplaçants	% sans activité	% libéral	% mixte	% salarié	% MG	% spé. Med.	% spé. Chir.
213	35,7	53%	22%	23%	88%	10%	2%	12%	2%	86%	29%	57%	14%

Clé de lecture : 213 médecins se sont inscrits pour la première fois au tableau de l'Ordre dans la région au cours de l'année 2015. Représentés à 53% par des femmes et âgés en moyenne de 35,7 ans, ils sont 45% à avoir obtenu leur diplôme hors de France. 29% d'entre eux exercent la médecine générale et 86% des actifs réguliers sont salariés.

Les remplaçants :

Tableau n°64 : Indicateurs de l'activité des médecins remplaçants

	Profil			Modes d'exercice			Spécialités		
Statut	Effectifs	Age moyen	% femme	Libéral	Mixte	Salarié	MG	Spé. Méd.	Spé. Chir.
Actifs	199	45,6	47%	90%	3%	7%	68%	26%	7%
Retraités actifs	66	70	14%	77%	5%	18%	39%	56%	5%
Total	**265**	**51,7**	**39%**	**87%**	**3%**	**10%**	**61%**	**33%**	**6%**

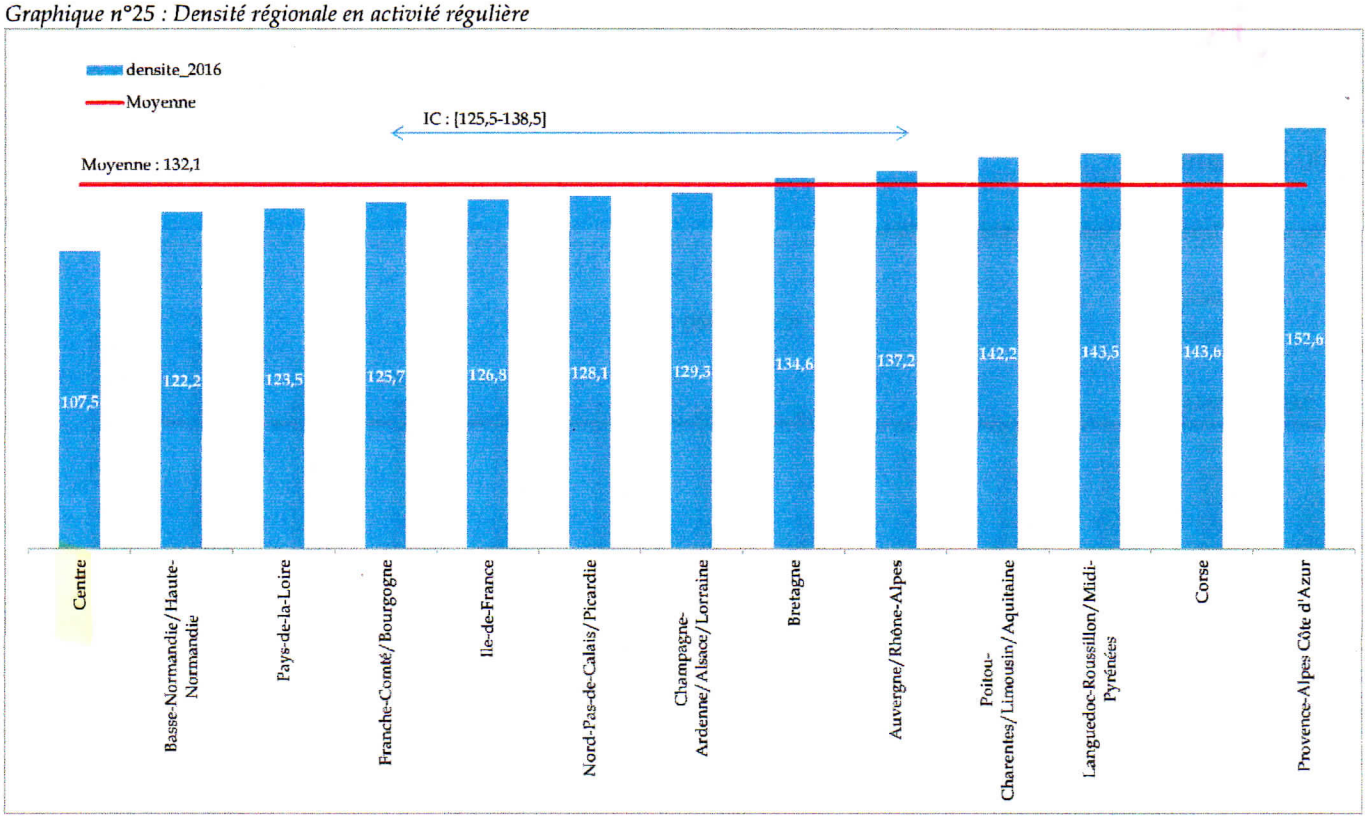
Clé de lecture : Parmi les 265 médecins remplaçants de la région, 25% sont des retraités actifs. Parmi les 199 médecins remplaçants actifs, 47% sont des femmes, 90% exercent en libéral et 68% exercent la médecine générale.

B – Répartition de la densité selon les groupes de spécialités

La spécialité de médecine générale

Au 1er janvier 2016, la densité médicale métropolitaine pour la spécialité de médecine générale est de 132,1 médecins pour 100 000 habitants. La région Centre recense la plus faible densité avec 107,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants tandis que la région PACA enregistre la plus forte densité avec 152,6 médecins pour 100 000 habitants.

Graphique n°25 : Densité régionale en activité régulière



Si on applique la méthode de la distribution par quartile de la densité médicale, les régions Centre, Basse-Normandie/Haute-Normandie, Pays de la Loire et Franche-Comté/Bourgogne se situent dans le quart des densités les plus faibles en médecine générale tandis que les régions Poitou-Charentes/Limousin/Aquitaine, Languedoc-Roussillon/Midi-Pyrénées, Corse et PACA se regroupent dans le quart des densités les plus fortes.

III.4 – Les densités médicales

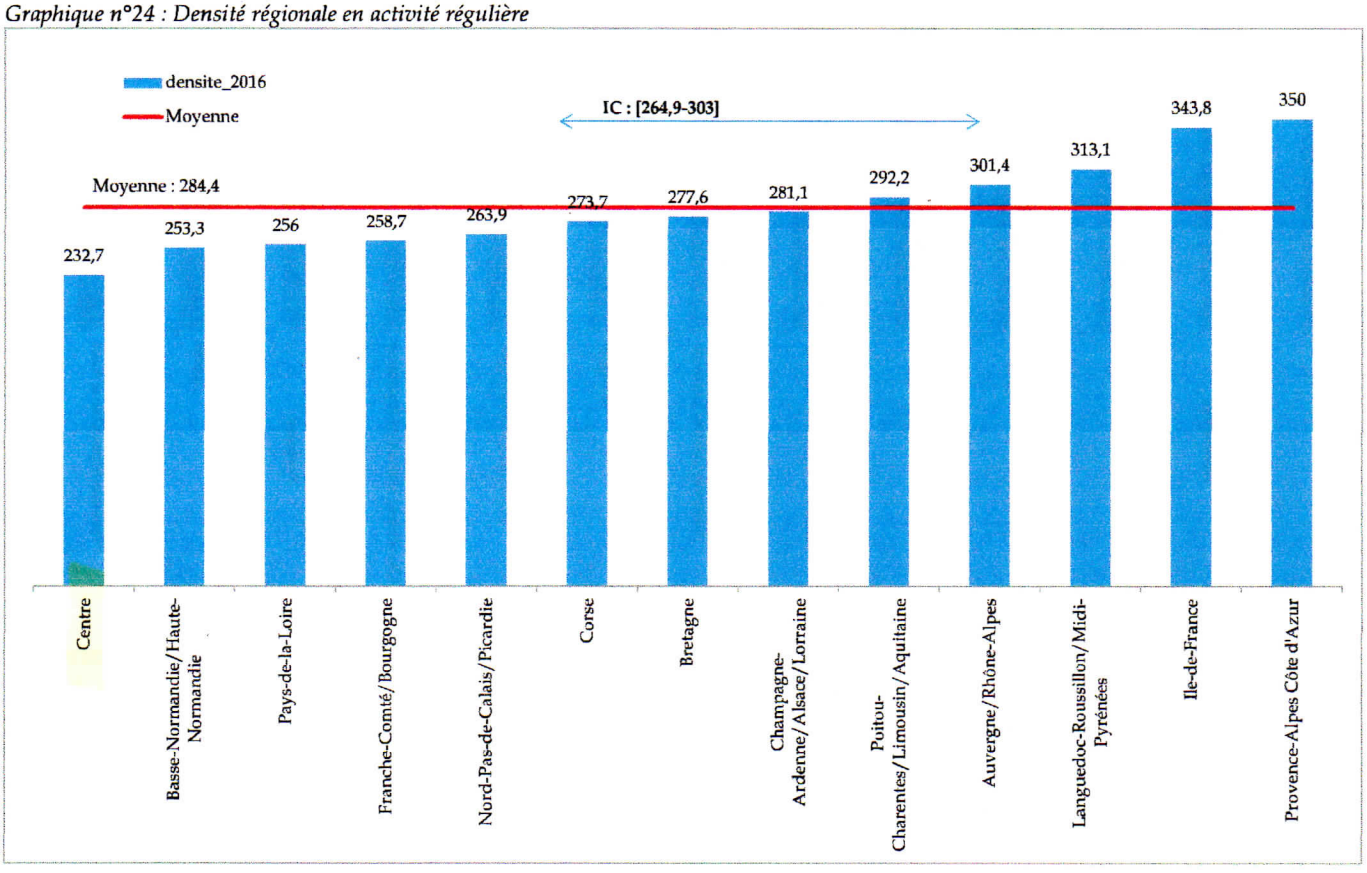
Selon le décret n°2015-1851 du 29 décembre 2015 authentifiant les chiffres des populations de métropole, la France compte 65 564 756 habitants.

III.4.1 – Les densités régionales : de l'observé à l'attendu

A – État des lieux

Au 1er janvier 2016, la densité médicale métropolitaine est de 284,4 médecins pour 100 000 habitants. La région Centre recense la plus faible densité avec 232,7 médecins pour 100 000 habitants tandis que la région PACA enregistre la plus forte densité avec 350 médecins pour 100 000 habitants.

Graphique n°24 : Densité régionale en activité régulière



Si on applique la méthode de la distribution par quartile de la densité médicale, les régions Centre–Basse-Normandie/Haute-Normandie et Pays-de-la-Loire se situent dans le quart des densités les plus faibles tandis que les régions Languedoc-Roussillon/Midi-Pyrénées/Ile-de-France et PACA se regroupent dans le quart des densités les plus fortes.

Spécialités médicales

Le tableau de l'Ordre recense 85 064 médecins spécialistes médicaux (hors médecine générale) en activité régulière ; tous modes d'exercice confondus. Âgés en moyenne de 51 ans, les médecins spécialistes médicaux sont représentés à 50% par les hommes et 50% par les femmes. 27,6% sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 20% des effectifs.

Graphique n°20 : Pyramide des âges des médecins spécialistes médicaux en activité régulière - France entière

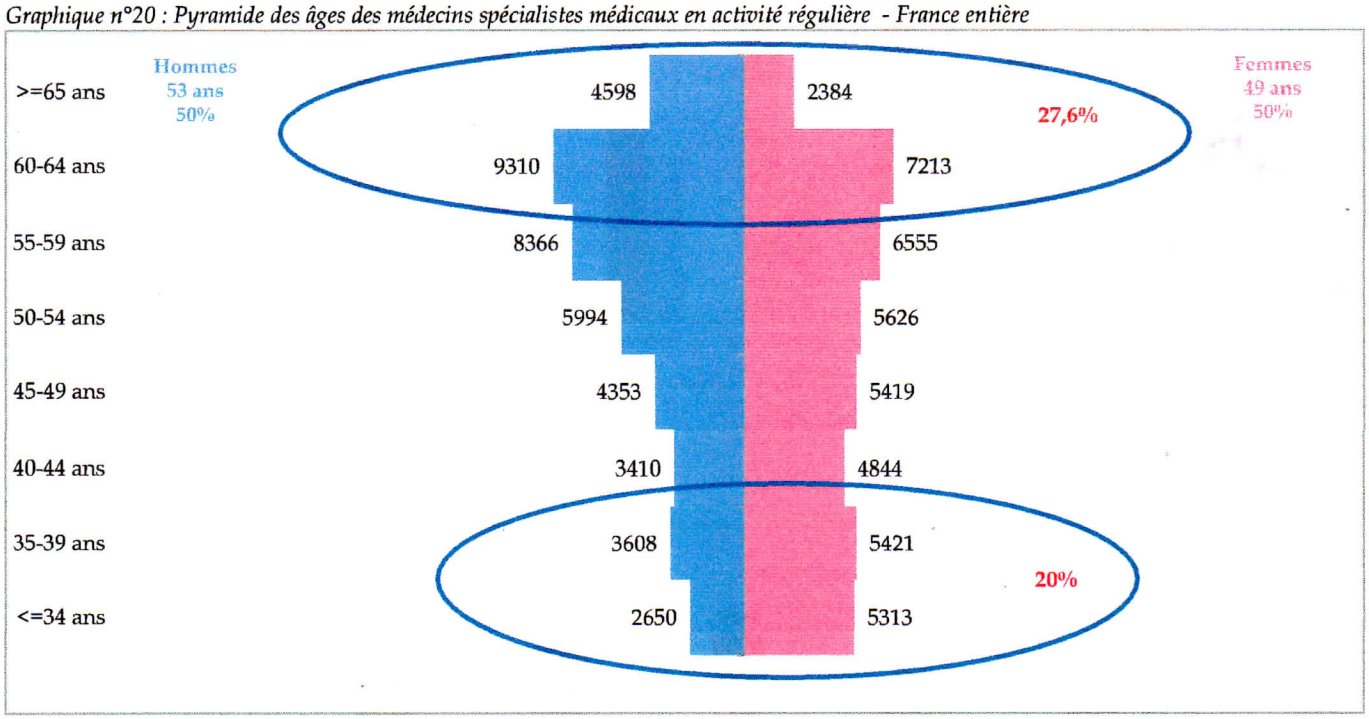
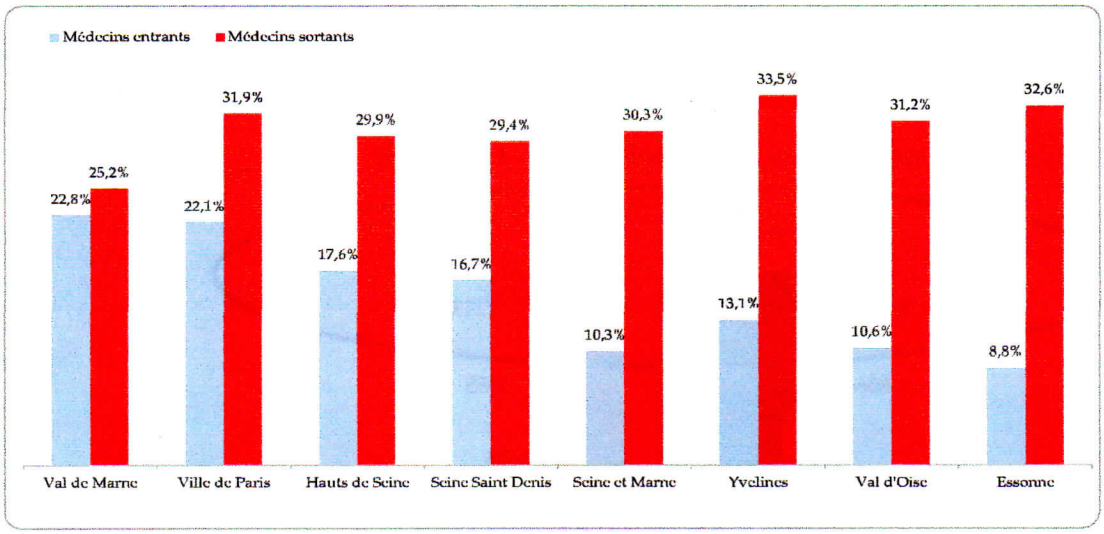


Tableau n°7 : Typologie régionale du renouvellement des spécialistes médicaux (hors MG)

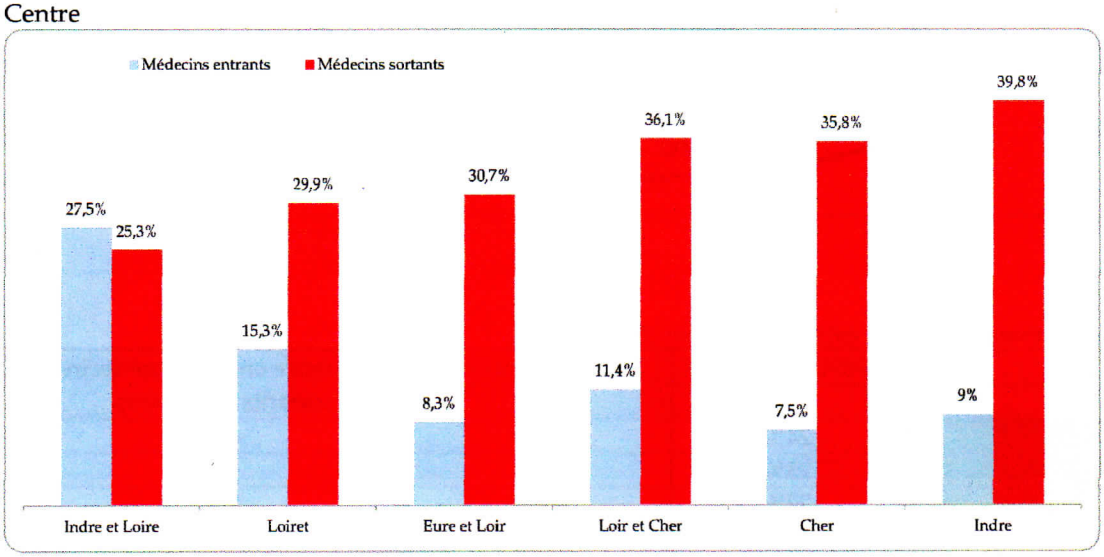
Région	Médecins entrants	Médecins sortants	Différence entre les médecins sortants et entrants
	%	%	
Nord-Pas-de-Calais/Picardie	24%	22%	-1%
Pays-de-la-Loire	23%	24%	1%
Bretagne	22%	24%	2%
Basse-Normandie/Haute-Normandie	23%	26%	3%
Auvergne/Rhône-Alpes	22%	25%	3%
Franche-Comté/Bourgogne	23%	27%	5%
Poitou-Charentes/Limousin/Aquitaine	20%	27%	7%
DOM	22%	29%	8%
Champagne-Ardenne/Alsace/Lorraine	20%	29%	8%
Languedoc-Roussillon/Midi-Pyrénées	19%	28%	9%
Centre	18%	30%	12%
Ile-de-France	18%	31%	12%
Provence-Alpes Côte d'Azur	17%	30%	13%
COM	15%	31%	16%
Corse	10%	43%	33%

➢ Zoom département pour régions dites « non – attractives » - Spécialités médicales (hors MG) :

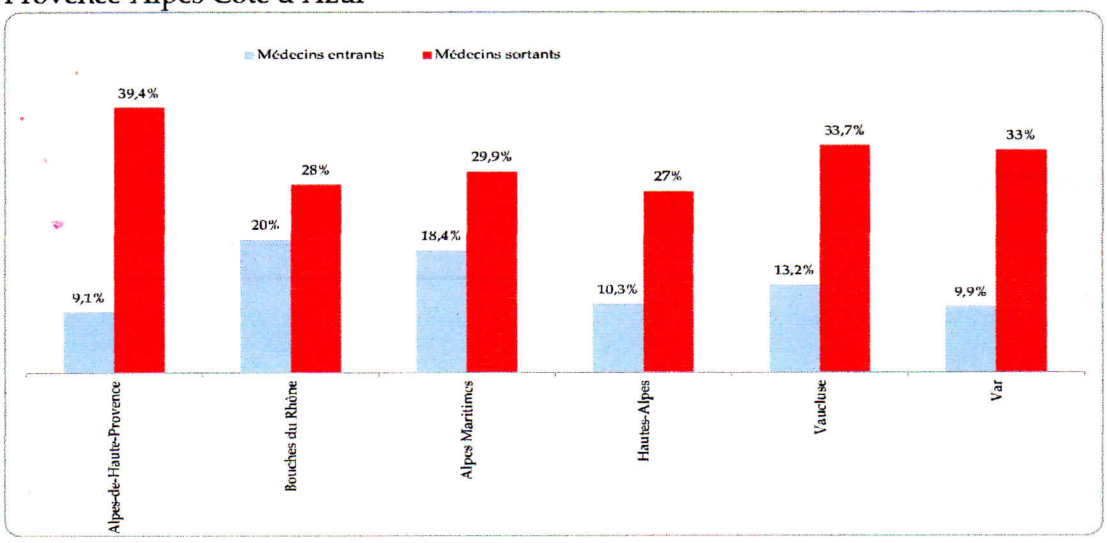
Ile-de-France



Centre



Provence-Alpes Côte d'Azur



Spécialités chirurgicales

Le tableau de l'Ordre recense 24 194 médecins spécialistes chirurgicaux en activité régulière ; tous modes d'exercice confondus. Âgés en moyenne de 50 ans, les médecins spécialistes chirurgicaux sont représentés à 71% par les hommes et 29% par les femmes. 24,4% sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 23% des effectifs.

Graphique n°21 : Pyramide des âges des médecins spécialistes chirurgicaux en activité régulière - France entière

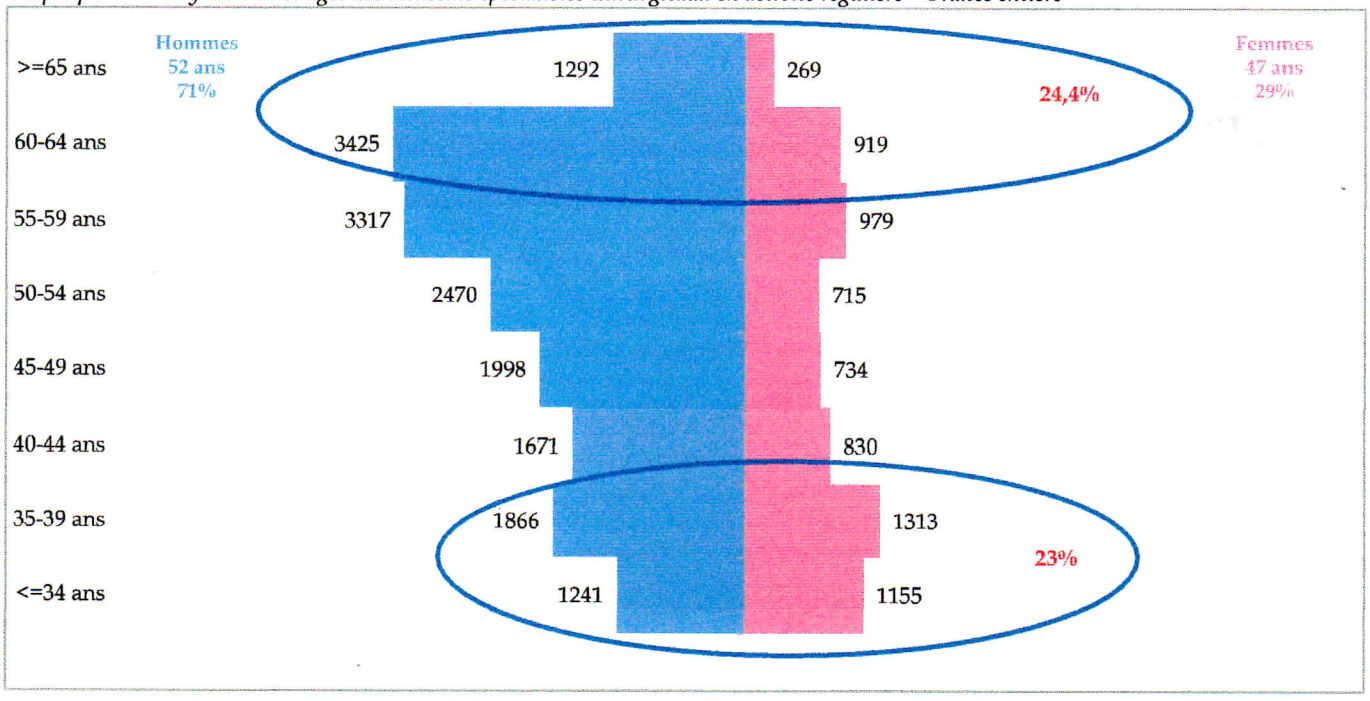
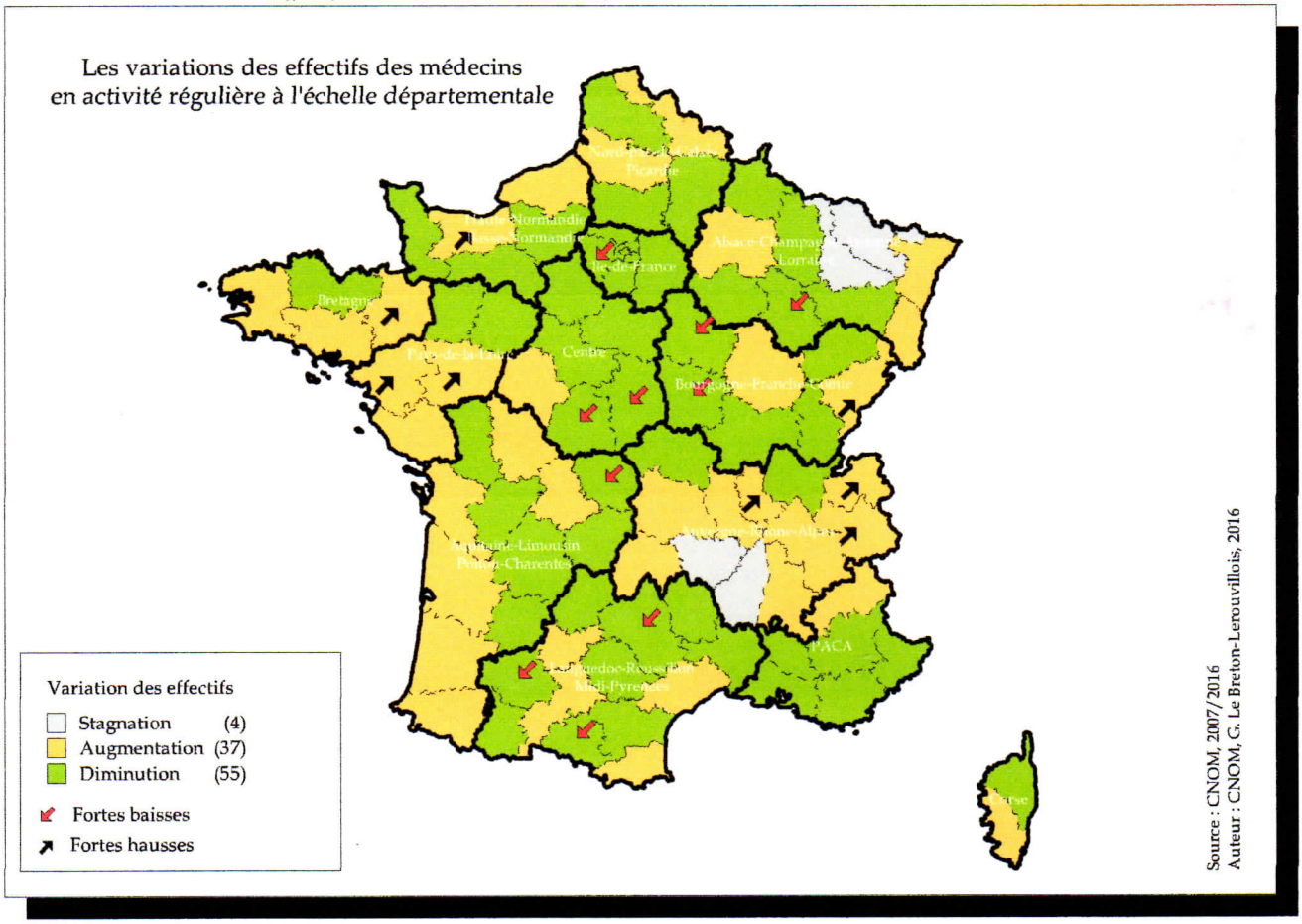


Tableau n°8 : Typologie régionale du renouvellement des spécialistes chirurgicaux

Région	Médecins entrants	Médecins sortants	Différence entre les médecins sortants et entrants
	%	%	
Bretagne	26%	19%	-7%
Pays-de-la-Loire	25%	19%	-6%
Nord-Pas-de-Calais/Picardie	26%	22%	-5%
Auvergne/Rhône-Alpes	26%	23%	-3%
Basse-Normandie/Haute-Normandie	25%	24%	-1%
Poitou-Charentes/Limousin/Aquitaine	23%	23%	0%
Franche-Comté/Bourgogne	25%	25%	0%
Languedoc-Roussillon/Midi-Pyrénées	22%	25%	2%
Champagne-Ardenne/Alsace/Lorraine	23%	25%	3%
Centre	21%	25%	3%
Provence-Alpes Côte d'Azur	21%	26%	5%
Ile-de-France	22%	28%	6%
DOM	20%	26%	7%
COM	10%	26%	16%
Corse	10%	32%	23%

À l'échelle départementale, les écarts de variations sont nettement plus importants.

Carte n°2 : Les variations des effectifs des médecins en activité régulière à l'échelle départementale



Sur la période 2007/2016, 55 départements enregistrent une baisse plus ou moins importante des effectifs de médecins inscrits à l'Ordre en activité régulière.

Les départements suivant recensent, par ordre décroissant, des baisses significatives :

- ✓ Yonne : -17%
- ✓ Nièvre/Indre : -16%
- ✓ Cher : - 15%
- ✓ Haute-Marne/Creuse/Gers : -14%
- ✓ Yvelines/Ariège/ Aveyron : -12%

À l'opposé, 37 départements comptabilisent une hausse des effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière.

Les départements ci-dessous recensent, par ordre décroissant, des hausses significatives :

- ✓ Loire-Atlantique : +13%
- ✓ Haute-Savoie : +12%
- ✓ Doubs/Maine et Loire/Savoie : +9%
- ✓ Ille-et-Vilaine/Calvados : +8%
- ✓ Rhône : +7%

Annexe II : Questionnaire n°1

APPROCHE DE LA PERSONNE

QUELLE EST LA QUALITE DE MA VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE ?

Quel est le degré de décalage entre vie professionnelle souhaitée/vie professionnelle réelle ?	Très important	Important	Peu important	Insignifiant
Quel est le degré de satisfaction entre vie privée /vie professionnelle ?	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait

COMMENT JE GERE MA SANTE PHYSIQUE ?

Je me fais suivre médicalement régulièrement	oui	non
Je me vaccine chaque année contre la grippe	oui	non
Je fais des pauses durant la journée de travail (et/ou la semaine)	oui	non
Je pratique une activité physique régulièrement	oui	non
Je consomme régulièrement de l'alcool et/ou des psychotropes	oui	non
Je saute souvent un repas	oui	non
J'ai des troubles du sommeil	oui	non
Je fume	oui	non
Je suis porteur d'une pathologie chronique	oui	non
J'ai choisi un médecin traitant	oui	non
Je prend rendez-vous pour consulter un confrère	oui	non
Je pratique l'autodiagnostic et/ou l'automédication	oui	non

COMMENT JE GERE MON EQUILIBRE EMOTIONNEL ET PSYCHOLOGIQUE ?

Je suis une psychothérapie	oui	non
Je réalise un débriefing émotionnel avec un psychologue lors de choc émotionnel (professionnel)	oui	non
Je participe régulièrement à un groupe de parole ou à un groupe Balint	oui	non
Je partage régulièrement le vécu de mon quotidien avec mon (a) conjoint (e) et/ou mes enfants	oui	non
J'ai suivi une formation à la gestion du stress	oui	non

COMMENT JE ME PRESERVE (moi et ma famille) ?

J'ai souscris une assurance-prévoyance (maladie, invalidité, décès)	oui	non
Je participe à une tontine avec mes collègues	oui	non

APPROCHE DU PROFESSIONNEL

COMMENT JE GERE LES APPELS DES PATIENTS ?

Je réponds moi-même directement au téléphone	oui	non
Je donne à certains patients le n° de mon mobile	oui	non
Je confie la gestion des appels téléphoniques à un secrétariat	oui	non
J'ai remis à ma secrétaire une fiche de poste définissant clairement ses missions	oui	non
J'ai un site internet permettant les prises de rendez-vous en ligne, les SMS de rappel et la communication patient par mail	oui	non

(2)

COMMENT JE GERE LES VISITES ET LES CONSULTATIONS ?

Je fais beaucoup de visites à domicile	oui	non
Je programme les visites à domicile	oui	non
Je reçois sur rendez-vous	oui	non
Je pratique des consultations longues	oui	non
Je pratique des consultations courtes	oui	non
Je termine mes consultations tard dans la journée	oui	non
Je peux facilement déprogrammer des consultations si besoin	oui	non
Je réalise les tâches administratives au fur et à mesure des activités cliniques	oui	non
Je suis souvent interrompu durant les consultations (téléphone, patient, confrère, visiteur,...)	oui	non

COMMENT JE GERE LE TRAVAIL ADMINISTRATIF ?

Je tiens les dossiers médicaux sur informatique	oui	non
Je maîtrise bien l'informatique	oui	non
Je note beaucoup de choses dans les dossiers médicaux par crainte des litiges	oui	non
Je peux déléguer certaines tâches administratives à un secrétariat	oui	non
Je paye régulièrement mes impôts et mes cotisations sociales et professionnelles	oui	non
J'ai un expert comptable	oui	non

COMMENT JE GERE MA FORMATION ?

Je garde du temps pour ma formation	oui	non
Je développe de nouvelles compétences pour enrichir ma pratique	oui	non
Je suis les recommandations de la HAS	oui	non

COMMENT J'ACCUEILLE LES JEUNES CONFRERES SUR MON TERRITOIRE ?

J'accompagne régulièrement des jeunes médecins en formation dans l'élaboration de leur projet professionnel et d'installation	oui	non
J'accueille facilement un jeune confrère qui projette de s'installer près de chez moi	oui	non
Je facilite l'installation de jeunes confrères sur mon territoire	oui	non
Je suis tuteur pour les étudiants hospitaliers	oui	non

COMMENT JE COLLABORE AVES LES AUTRES SOIGNANTS ?

Je m'entends avec des confrères pour partir en vacances ou libérer du temps libre	oui	non
Je suis volontaire pour participer à un tour de garde ou être d'astreinte	oui	non
Je me suis constitué un réseau de paramédicaux à qui je délègue, défini et confie certaines surveillances ou prises en charge	oui	non
Je participe ou organise régulièrement des rencontres interprofessionnelles pour planifier le suivi et la prise en charge de certains patients : réunion au lit du patient, de concertation pluridisciplinaire, de synthèse, ...	oui	non
Je me suis constitué un réseau de confrères vers lesquels je peux orienter facilement et rapidement mes patients	oui	non

(3)

COMMENT JE SECURISE MON EMPLOI ?

J'ai diversifié mes modes d'exercice : libéral, salarié, expertise, coordination (EHPAD),... etc....	oui	non
Je me suis reconverti	oui	non
Je peux pratiquer mon travail à ce rythme jusqu'à la retraite	oui	non

APPROCHE DU SOIGNANT

COMMENT JE GERE LES PLAINTES MULTIPLES ?

Je demande systématiquement à mon patient le ou les motifs de sa consultation	oui	non
Je n'hésite pas à proposer une consultation spécifique et dédiée pour un problème de santé présenté par le patient	oui	non
J'ai mis en place des consultations programmées et structurées, notamment pour les patients porteurs d'une pathologie chronique	oui	non

COMMENT JE GERE MES EMOTIONS DEVANT LE PATIENT ?

J'ai déjà été menacé verbalement ou physiquement	oui	non
J'ai eu une formation en gestion de la violence	oui	non
J'arrive facilement à cacher mes émotions	oui	non
J'ai mis en place un système pour sécuriser mon cabinet (vidéosurveillance)	oui	non

COMMENT JE GERE LES CONFLITS DE VALEUR ?

Je dois travailler d'une façon qui heurte ma conscience professionnelle	oui	non
Je propose aux patients qui heurtent ma conscience professionnelle d'aller consulter un autre confrère	oui	non
Je sais dire « non » aux demandes abusives	oui	non
Je dispose de moyens suffisants pour faire un travail de qualité	oui	non
J'accepte facilement de faire un acte gratuitement	oui	non

COMMENT J'INFORME LES PATIENTS ?

J'explique et relis devant le patient chaque prescription	oui	non
Je remet régulièrement des brochures	oui	non
Je conseille mes patients dans ses recherches sur internet	oui	non
Je fais signer régulièrement des déclarations d'information reçue	oui	non

COMMENT J'ORGANISE MES RAPPORTS SOCIAUX ?

Je peux échanger avec un collègue sur la conduite à tenir pour un patient	oui	non
Je peux me faire remplacer facilement par un confrère	oui	non
J'ai la reconnaissance de mes patients	oui	non
Je suis reconnu par mes pairs	oui	non

COMMENT J'ORGANISE MA VIE EXTRA-PROFESSIONNELLE ?

Je garde suffisamment de temps pour ma famille	oui	non
Je garde suffisamment du temps pour moi	oui	non
Je m'investis dans des activités associatives	oui	non
J'ai des points d'intérêts en dehors de la médecine	oui	non

Et encore quelques questions :

Sexe :

F ❒
M ❒

Votre tranche d'âge :

< 39 ❒
40 à 49 ❒
50 à 54 ❒
55 à 59 ❒
60 à 64 ❒
+ de 65 ❒

Exercez vous :

Généraliste ❒
Spécialiste ❒
Secteur rural ❒
Secteur urbain ou péri-urbain ❒
Libéral ❒
Salarié ❒
Hospitalier ❒
Hospitalier avec secteur privé ❒
Remplaçant ❒

Un grand merci pour votre participation.

Annexe III : Questionnaire n°2 (MBI test)

Burn out syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel: échelle MBI
(Maslach Burn Out Inventory)

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	⊙	○	○	○	○	○	○
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	⊙	○	○	○	○	○	○
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	⊙	○	○	○	○	○	○
4-Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	⊙	○	○	○	○	○	○
5-Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	⊙	○	○	○	○	○	○
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	⊙	○	○	○	○	○	○
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	⊙	○	○	○	○	○	○
8-Je sens que je craque à cause de mon travail	⊙	○	○	○	○	○	○
9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	⊙	○	○	○	○	○	○
10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	⊙	○	○	○	○	○	○
11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	⊙	○	○	○	○	○	○
12-Je me sens plein(e) d'énergie	⊙	○	○	○	○	○	○
13-Je me sens frustré(e) par mon travail	⊙	○	○	○	○	○	○
14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	⊙	○	○	○	○	○	○
15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	⊙	○	○	○	○	○	○
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	⊙	○	○	○	○	○	○
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	⊙	○	○	○	○	○	○
18-Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves	⊙	○	○	○	○	○	○
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	⊙	○	○	○	○	○	○
20-Je me sens au bout du rouleau	⊙	○	○	○	○	○	○
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	⊙	○	○	○	○	○	○
22-J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	⊙	○	○	○	○	○	○
Total épuisement professionnel	0						
Total dépersonnalisation	0						
Total accomplissement personnel	0						

RESULTATS:
Le MBI explore trois versants: l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel
Epuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
-total inférieur à 17: burn out bas
-total compris entre 18 et 29: burn out modéré
-total supérieur à 30: burn out élevé

Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22
-total inférieur à 5: burn out bas
-total compris entre 6 et 11: burn out modéré
-total supérieur à 12: burn out élevé

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21
-total supérieur à 40: burn out bas
-total compris entre 34 et 39: burn out modéré
-total inférieur à 33: burn out élevé

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière signe un épuisement professionnel

Copier dans le presse-papiers

Références:
*Stress professionnel des médecins-E.Galam-Revue du Praticien-Médecine Générale n° 704/705 du 10/10/2005
*Face à la fin de la vie, le syndrome d'épuisement professionnel-L.Mitaine et Coll-Revue du Praticien-Médecine Générale n° 428 du 07/09/1998

Annexe IV : Lettre explicative accompagnant les questionnaires

Docteur Gérard KERIHUEL
Parc d'Activités COMITEC
3 , Rue Jean-François Champollion
18000 Bourges
@ : dr.kerihuel@gynecomitec.com

Docteur Geneviève MACET
Les Clapières

18400 LUNERY
@ : dr.macet@orange.fr

Chère Consoeur , Cher Confrère ,

Le Docteur Geneviève MACET et moi-même vous sollicitons aujourd'hui en vous demandant de bien vouloir prendre quelques minutes de votre précieux temps pour répondre au questionnaire joint ainsi que , si possible , de remplir le questionnaire en ligne à l'adresse @ suivante :

www.masef.com/scores/burnoutsyndromeechellembi.htm

ce dernier vous demandant très peu de temps (et vous donnant le résultat en direct sur le site) que nous vous demandons de nous transmettre ensuite après l'avoir imprimé.

Nous vous garantissons bien évidemment la **totale confidentialité et anonymisation** du recueil et de la transcription des ces questionnaires , sur lesquels , soyez en assurés , notre engagement est total.

Pourquoi faisons-nous appel à vous aujourd'hui ? Geneviève et moi siégeons au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Cher depuis plusieurs années : au cours des nombreuses réunions du Conseil auxquelles nous avons assisté , nous avons pu faire un constat préoccupant : certains de nos collègues ne vont pas bien dans leur quotidien professionnel et personnel (ce que malheureusement un évènement dramatique survenu en Décembre 2015 à l'**H**ôpital **E**uropéen **G**eorges **P**ompidou est venu encore confirmer) et , souvent , ne savent pas où s'adresser ou n'osent pas le faire . L'Ordre étant également une structure d'entraide , nous nous sommes demandés comment nous pourrions venir en aide à nos confrères , convaincus que pour prendre soin de nos patients , il était primordial de prendre d'abord soin de soi.

C'est la raison pour laquelle **nous nous sommes inscrits au DIU « Soigner les Soignants » organisé conjointement par la faculté de Médecine Paris 7 Diderot (Pr Eric GALAM) et la faculté de Médecine de Toulouse- Rangueil (Pr Jean Marc SOULAT) .** Et c'est dans le cadre de ce DIU que nous préparons un mémoire qui sera la conception d'un flyer d'information destiné aux Médecins indiquant , notamment , les possibilités de prise en charge des soignants proches de l'épuisement professionnel . En amont de la réalisation de ce document , nous souhaitons effectuer une **évaluation de vos demandes et de vos besoins** . Toutes vos suggestions éventuelles seront bien sur les bienvenues . Pour des raisons « logistiques » de dépouillement des questionnaires , **nous souhaiterions recevoir vos réponses idéalement jusqu'à la semaine 9 (première semaine de Mars)** et **au plus tard semaine 15** (deuxième semaine d'Avril)

Outre le flyer que vous recevrez secondairement (probablement fin 2016 après soutenance de notre mémoire en Novembre) , nous ferons , dans le bulletin du CDOM , une synthèse des informations recueillies qui vous donnera une image , que nous espérons la plus représentative possible , de la population médicale de notre département

Certains de votre compréhension et comptant sur votre participation , nous vous adressons nos plus confraternelles salutations et vous remercions par avance de votre contribution.

Gérard KERIHUEL

Geneviève MACET

Annexe V : Résultats statistiques détaillés des réponses aux questionnaires

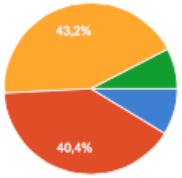
Partie A :

Réponses questionnaire n°1

Approche de la personne

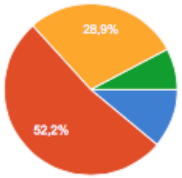
1/ Quelle est la qualité de ma vie professionnelle et personnelle ?

Quel est le degré de décalage entre vie pro souhaitée et vie pro réelle ?



Très importante	16	8.7 %
Importante	74	40.4 %
Peu importante	79	43.2 %
Insignifiant	14	7.7 %

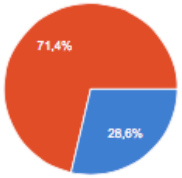
Quel est le degré de satisfaction entre vie pro et vie perso ?



Très satisfait	20	11.1 %
Satisfait	94	52.2 %
Peu satisfait	52	28.9 %
Insatisfait	14	7.8 %

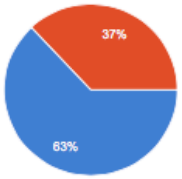
2/ Comment je gère ma santé physique ?

Je me fais suivre médicalement régulièrement



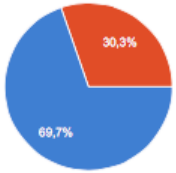
Oui	53	28.6 %
Non	132	71.4 %

Je me vaccine chaque année contre la grippe



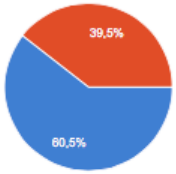
Oui	119	63 %
Non	70	37 %

Je fais des pauses durant la journée de travail (et/ou la semaine)



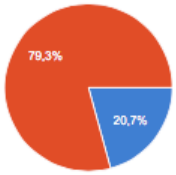
Oui	131	69.7 %
Non	57	30.3 %

Je pratique une activité physique régulière



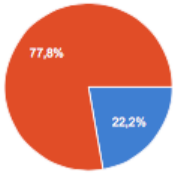
Oui	115	60.5 %
Non	75	39.5 %

Je consomme régulièrement de l'alcool et/ou des psychotropes



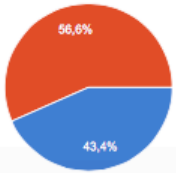
Oui	39	20.7 %
Non	149	79.3 %

Je saute souvent un repas



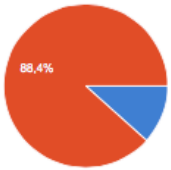
Oui	42	22.2 %
Non	147	77.8 %

J'ai des troubles du sommeil



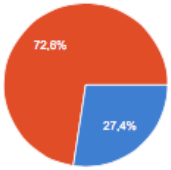
Oui	82	43.4 %
Non	107	56.6 %

Je fume



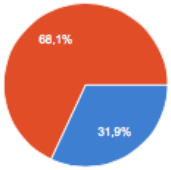
Oui	**22**	11.6 %
Non	**167**	88.4 %

Je suis porteur d'une pathologie chronique



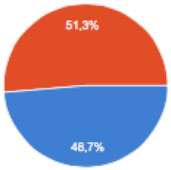
Oui	**51**	27.4 %
Non	**135**	72.6 %

J'ai choisi un médecin traitant



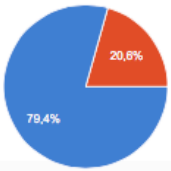
Oui	**60**	31.9 %
Non	**128**	68.1 %

Je prends RDV pour consulter un confrère



Oui	**92**	48.7 %
Non	**97**	51.3 %

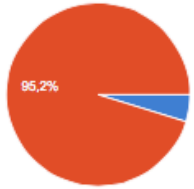
Je pratique l'auto-diagnostic et/ou l'automédication



Oui	**150**	79.4 %
Non	**39**	20.6 %

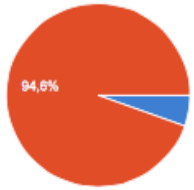
3/ Comment je gère mon équilibre émotionnel et psychologique ?

Je suis une psychothérapie



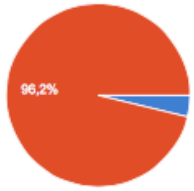
Oui	**9**	4.8 %
Non	**180**	95.2 %

Je réalise un débriefing émotionnel avec un psychologue lors de chocs émotionnels (professionnels)



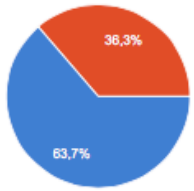
Oui	**10**	5.4 %
Non	**174**	94.6 %

Je participe régulièrement à un groupe de parole ou à un groupe Balint



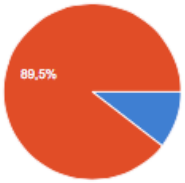
Oui	**7**	3.8 %
Non	**179**	96.2 %

Je partage régulièrement le vécu de mon quotidien avec mon(a) conjoint(e) et/ou mes enfants



Oui	**121**	63.7 %
Non	**69**	36.3 %

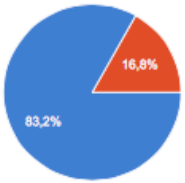
J'ai suivi une formation à la gestion du stress



Oui	**20**	10.5 %
Non	**170**	89.5 %

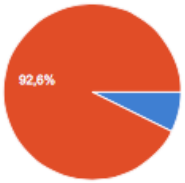
4/ Comment je me préserve (moi et ma famille) ?

J'ai souscrit une assurance-prévoyance (maladie, invalidité, decès)



Oui	**158**	83.2 %
Non	**32**	16.8 %

Je participe à une tontine avec mes collègues



Oui	**14**	7.4 %
Non	**176**	92.6 %

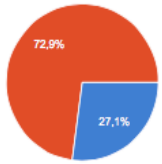
Approche du professionnel

1/ Comment je gère les appels des patients ?

Je réponds moi-même directement au téléphone

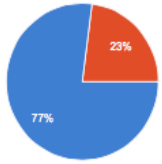
Oui	**47**	25.1 %
Non	**140**	74.9 %

Je donne à certains patients le n° de mon mobile



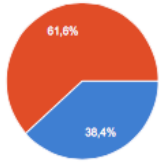
Oui	**51**	27.1 %
Non	**137**	72.9 %

Je confie la gestion des appels téléphoniques à un secrétariat



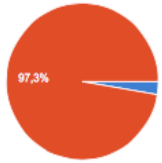
Oui	**141**	77 %
Non	**42**	23 %

J'ai remis à ma secrétaire une fiche de poste définissant clairement ses missions



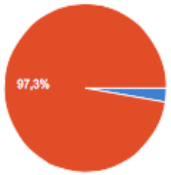
Oui	**71**	38.4 %
Non	**114**	61.6 %

J'ai un site internet permettant les prises de RDV en ligne, les SMS de rappel et la communication patient par mail



Oui	**5**	2.7 %
Non	**183**	97.3 %

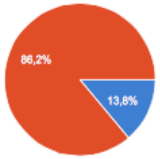
J'ai un site internet permettant les prises de RDV en ligne, les SMS de rappel et la communication patient par mail



Oui	**5**	2.7 %
Non	**183**	97.3 %

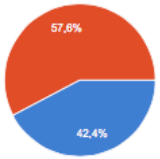
2/ Comment je gère les visites et les consultations ?

Je fais beaucoup de visites à domicile



Oui	**25**	13.8 %
Non	**156**	86.2 %

Je programme les visites à domicile

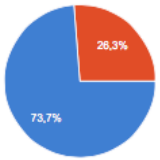


Oui	**75**	42.4 %
Non	**102**	57.6 %

Je reçois sur RDV

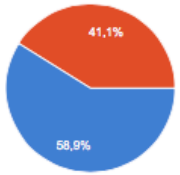
Oui	**158**	88.3 %
Non	**21**	11.7 %

Je pratique des consultations longues



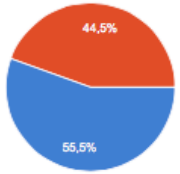
Oui	**132**	73.7 %
Non	**47**	26.3 %

Je pratique des consultations courtes



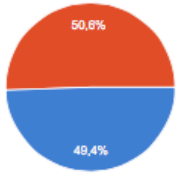
Oui	**106**	58.9 %
Non	**74**	41.1 %

Je termine mes consultations tard dans la journée



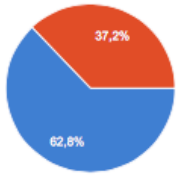
Oui	**101**	55.5 %
Non	**81**	44.5 %

Je peux facilement déprogrammer des consultations si besoin



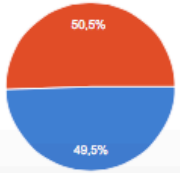
Oui	**89**	49.4 %
Non	**91**	50.6 %

Je réalise les tâches administratives au fur et à mesure des activités cliniques



Oui	**115**	62.8 %
Non	**68**	37.2 %

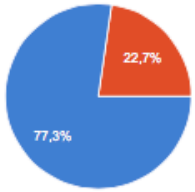
Je suis souvent interrompu durant les consultations (téléphone, patient,confrère, visiteur, ...)



Oui	**92**	49.5 %
Non	**94**	50.5 %

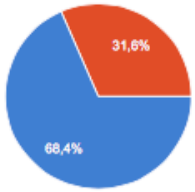
3/ Comment je gère le travail ?

Je tiens les dossiers médicaux sur informatique



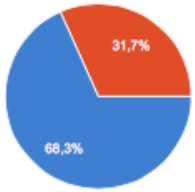
Oui	143	77.3 %
Non	42	22.7 %

Je maitrise bien l'informatique



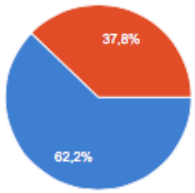
Oui	128	68.4 %
Non	59	31.6 %

Je note beaucoup de choses dans les dossiers médicaux par crainte des litiges



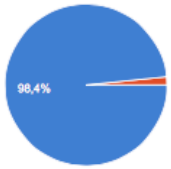
Oui	125	68.3 %
Non	58	31.7 %

Je peux déléguer certaines tâches administratives à un secrétariat



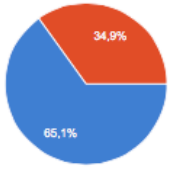
Oui	115	62.2 %
Non	70	37.8 %

Je paye régulièrement mes impôts et mes cotisations sociales et professionnelles



Oui	182	98.4 %
Non	3	1.6 %

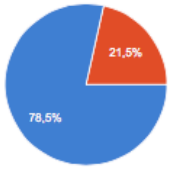
J'ai un expert comptable



Oui	121	65.1 %
Non	65	34.9 %

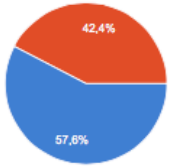
4/ Comment je gère ma formation ?

Je garde du temps pour ma formation



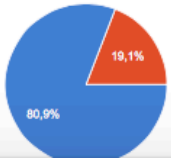
Oui	146	78.5 %
Non	40	21.5 %

Je développe de nouvelles compétences pour enrichir ma pratique



Oui	106	57.6 %
Non	78	42.4 %

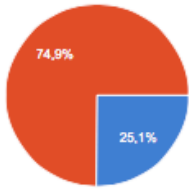
Je suis les recommandations de la HAS



Oui	148	80.9 %
Non	35	19.1 %

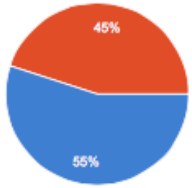
5/ Comment j'accueille les jeunes confrères sur mon territoire ?

J'accompagne régulièrement de jeunes médecins en formation dans l'élaboration de leur projet professionnel et d'installation



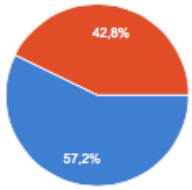
Oui	**46**	25.1 %
Non	**137**	74.9 %

J'accueille facilement un jeune confrère qui projette de s'installer près de chez moi



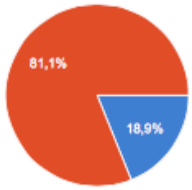
Oui	**99**	55 %
Non	**81**	45 %

Je facilite l'installation de jeunes confrères sur mon territoire



Oui	**103**	57.2 %
Non	**77**	42.8 %

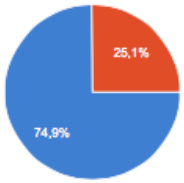
Je suis tuteur pour les étudiants hospitaliers



Oui	**35**	18.9 %
Non	**150**	81.1 %

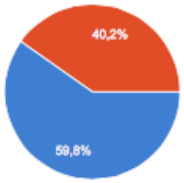
6/ Comment je collabore avec les autres soignants ?

Je m'entends avec des confrères pour partir en vacances ou libérer du temps libre



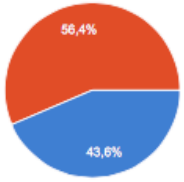
Oui	**137**	74.9 %
Non	**46**	25.1 %

Je suis volontaire pour participer à un tour de garde ou être d'astreinte



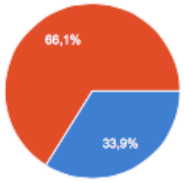
Oui	**104**	59.8 %
Non	**70**	40.2 %

Je me suis constitué un réseau de paramédicaux à qui je délègue, défini et confie certaines surveillances ou prises en charge



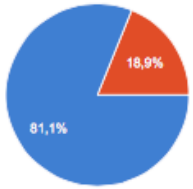
Oui	**78**	43.6 %
Non	**101**	56.4 %

Je participe ou organise régulièrement des rencontres interprofessionnelles pour planifier le suivi et la prise en charge de certains patients : réunion au lit du patient, de concertation pluridisciplinaire, de synthèse ...



Oui	**61**	33.9 %
Non	**119**	66.1 %

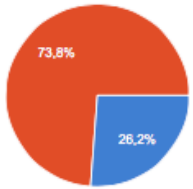
Je me suis constitué un réseau de confrères vers lesquels je peux orienter facilement et rapidement mes patients



Oui	146	81.1 %
Non	34	18.9 %

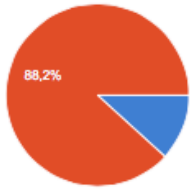
7/ Comment je sécurise mon emploi ?

J'ai diversifié mes modes d'exercice : libéral, salarié, expertise, coordination (EHPAD) ...



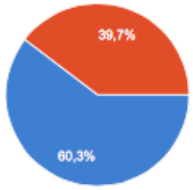
Oui	49	26.2 %
Non	138	73.8 %

Je me suis reconverti



Oui	22	11.8 %
Non	165	88.2 %

Je peux pratiquer mon travail à ce rythme jusqu'à la retraite

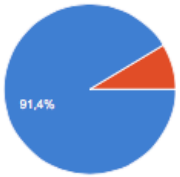


Oui	105	60.3 %
Non	69	39.7 %

Approche du soigant

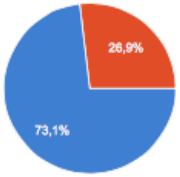
1/ Comment je gère les plaintes multiples ?

Je demande systématiquement à mon patient le ou les motifs de sa consultation



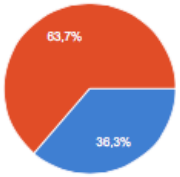
Oui	169	91.4 %
Non	16	8.6 %

Je n'hésite pas à proposer une consultation spécifique et dédiée pour un problème de santé présenté par le patient



Oui	136	73.1 %
Non	50	26.9 %

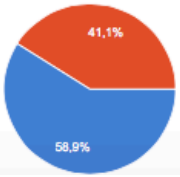
J'ai mis en place des consultations programmées et structurées, notamment pour les patients porteurs d'une pathologie chronique



Oui	66	36.3 %
Non	116	63.7 %

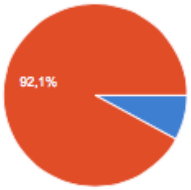
2/ Comment je gère mes émotions devant le patient ?

J'ai déjà été menacé verbalement ou physiquement



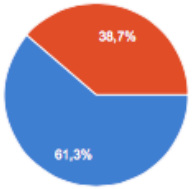
Oui	112	58.9 %
Non	78	41.1 %

J'ai eu une formation en gestion de la violence



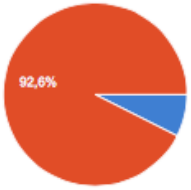
Oui	**15**	7.9 %
Non	**174**	92.1 %

J'arrive facilement à cacher mes émotions



Oui	**114**	61.3 %
Non	**72**	38.7 %

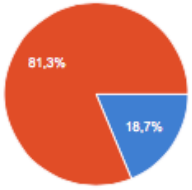
J'ai mis en place un système pour sécuriser mon cabinet (vidéosurveillance)



Oui	**14**	7.4 %
Non	**174**	92.6 %

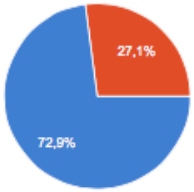
3/ Comment je gère les conflits de valeur ?

Je dois travailler d'une façon qui heurte ma conscience professionnelle



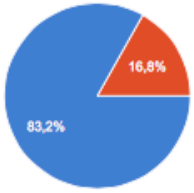
Oui	**35**	18.7 %
Non	**152**	81.3 %

Je propose aux patients qui heurtent ma conscience professionnelle d'aller consulter un autre confrère



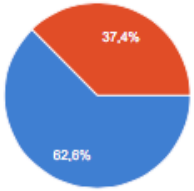
Oui	**132**	72.9 %
Non	**49**	27.1 %

Je sais dire "non" aux demandes abusives



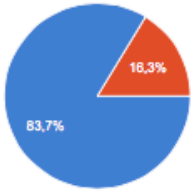
Oui	**153**	83.2 %
Non	**31**	16.8 %

Je dispose de moyen suffisants pour faire un travail de qualité



Oui	**117**	62.6 %
Non	**70**	37.4 %

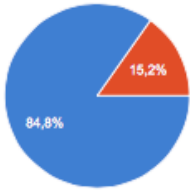
J'accepte facilement de faire un acte gratuitement



Oui	**154**	83.7 %
Non	**30**	16.3 %

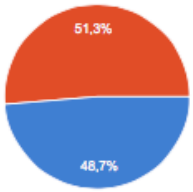
4/ Comment j'informe les patients

J'explique et relis devant le patient chaque prescription



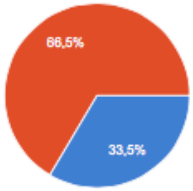
Oui	**156**	84.8 %
Non	**28**	15.2 %

Je remet régulièrement des brochures



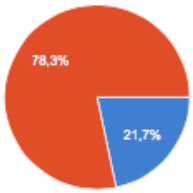
Oui	**92**	48.7 %
Non	**97**	51.3 %

Je conseille mes patients dans ses recherches sur Internet



Oui	**63**	33.5 %
Non	**125**	66.5 %

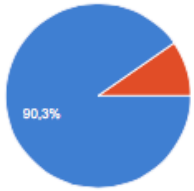
Je fais signer régulièrement des déclarations d'information reçue



Oui	**41**	21.7 %
Non	**148**	78.3 %

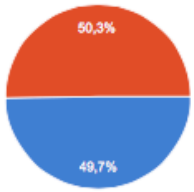
5/ Comment j'organise mes rapports sociaux ?

Je peux échanger avec un collègue sur la conduite à tenir pour un patient



Oui	**168**	90.3 %
Non	**18**	9.7 %

Je peux me faire remplacer facilement par un confrère



Oui	**91**	49.7 %
Non	**92**	50.3 %

J'ai la connaissance de mes patients

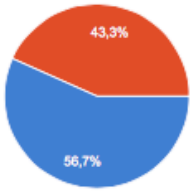
Oui	**158**	90.3 %
Non	**17**	9.7 %

Je suis reconnu par mes pairs

Oui	**158**	89.3 %
Non	**19**	10.7 %

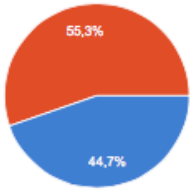
6/ Comment j'organise ma vie extra-professionnelle

Je garde suffisamment de temps pour ma famille



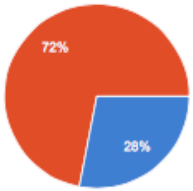
Oui	106	56.7 %
Non	81	43.3 %

Je garde suffisamment de temps pour moi



Oui	84	44.7 %
Non	104	55.3 %

Je m'investis dans des activités associatives



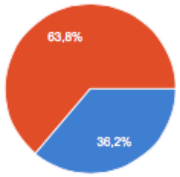
Oui	53	28 %
Non	136	72 %

J'ai des points d'intérêts en dehors de la médecine

Oui	177	93.7 %
Non	12	6.3 %

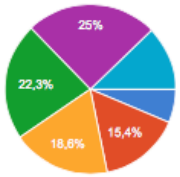
Mieux vous connaitre

Sexe



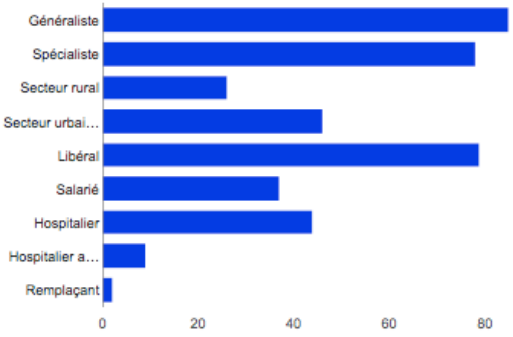
Femme	68	36.2 %
Homme	120	63.8 %

Votre tranche d'âge



< 39	12	6.4 %
40 à 49	29	15.4 %
50 à 54	35	18.6 %
55 à 59	42	22.3 %
60 à 64	47	25 %
65 et plus	23	12.2 %

Vous exercez



Généraliste	85	45 %
Spécialiste	78	41.3 %
Secteur rural	26	13.8 %
Secteur urbain ou péri-urbain	46	24.3 %
Libéral	79	41.8 %
Salarié	37	19.6 %
Hospitalier	44	23.3 %
Hospitalier avec secteur privé	9	4.8 %
Remplaçant	2	1.1 %

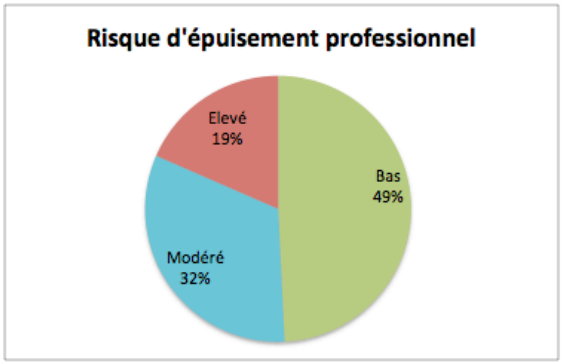
Annexe V : Résultats statistiques détaillés des réponses aux questionnaires

Partie B :

Réponses questionnaire n°2 (MBI test)

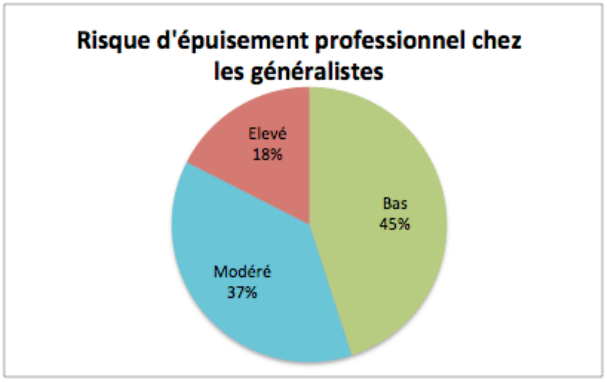
Résultat Epuissement professionnel : le risque de burn-out est ...

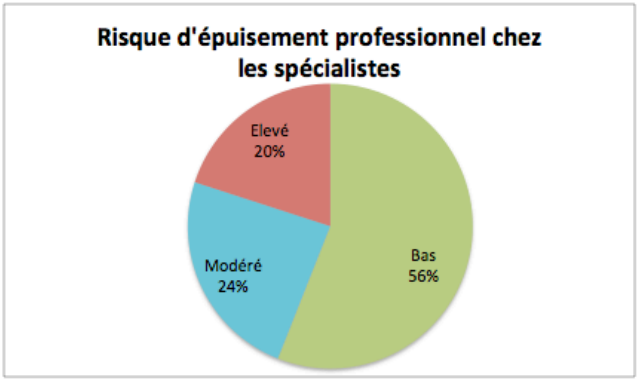
Au global :



Par type

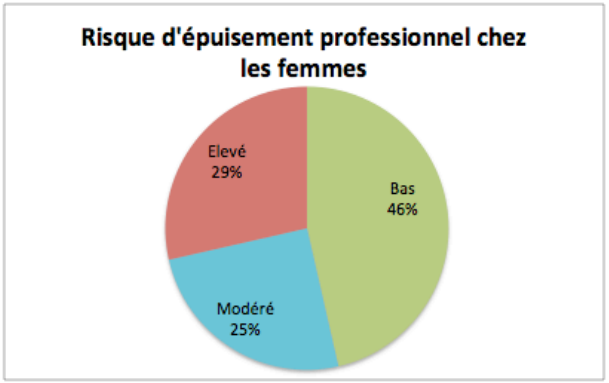
Résultats	ettes de			
Étiquettes de lig	Bas	Modéré	Elevé	Total
Généraliste	18	15	7	40
Spécialiste	14	6	5	25
Total	**32**	**21**	**12**	**65**

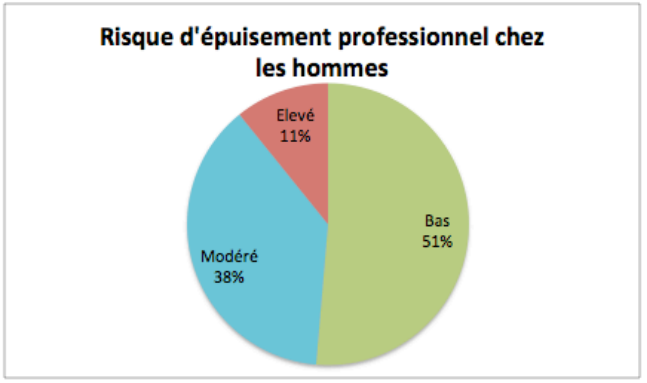




Par sexe

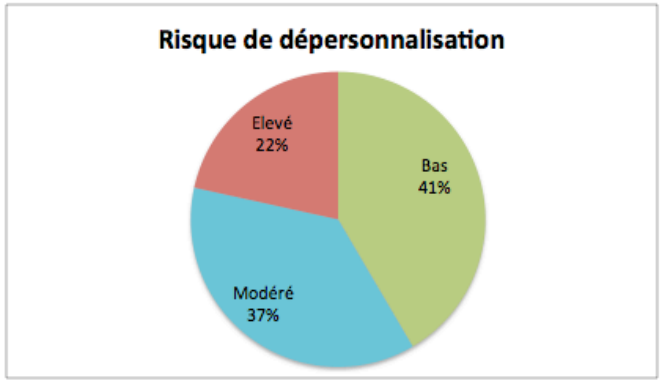
Résultats	ettes de			
Étiquettes de lig	Bas	Modéré	Elevé	Total
Femme	13	7	8	28
Homme	19	14	4	37
Total	**32**	**21**	**12**	**65**





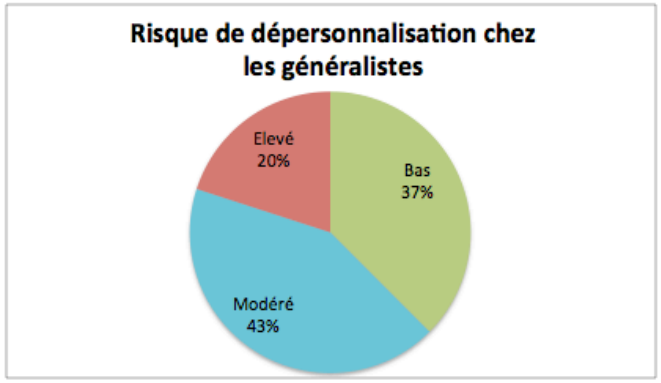
Résultat Dépersonnalisation : le risque de burn-out est ...

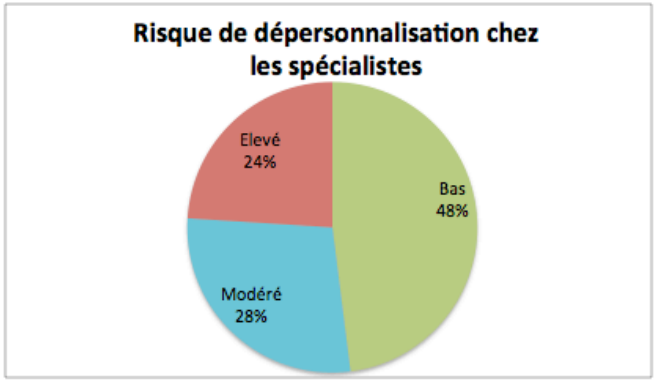
Au global :



Par type

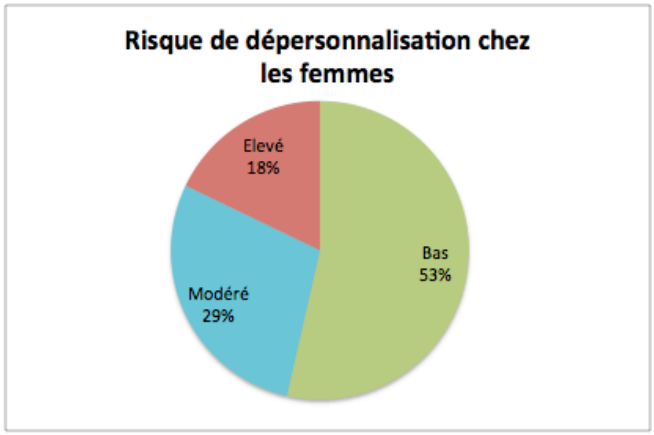
Résultats	Bas	Modéré	Elevé	Total
Généraliste	15	17	8	40
Spécialiste	12	7	6	25
Total	**27**	**24**	**14**	**65**

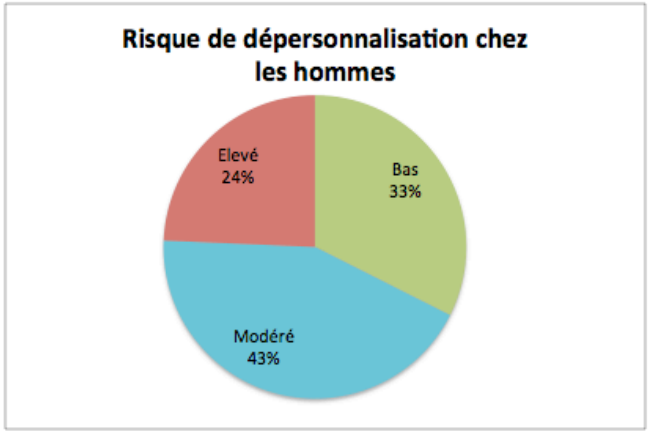




Par sexe

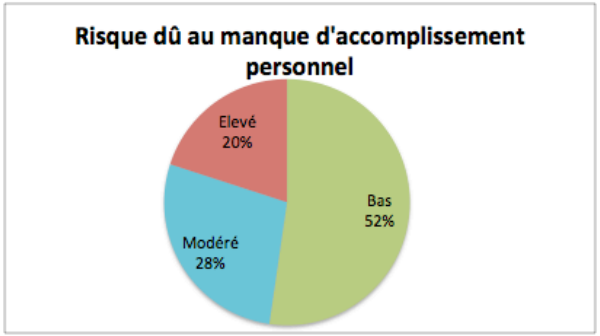
Résultats	Bas	Modéré	Elevé	Total
Femme	15	8	5	28
Homme	12	16	9	37
Total	**27**	**24**	**14**	**65**





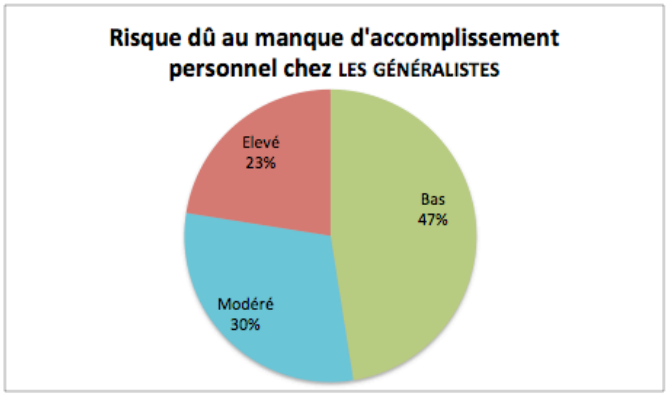
Résultat Accomplissement personnel : le risque de burn-out est ...

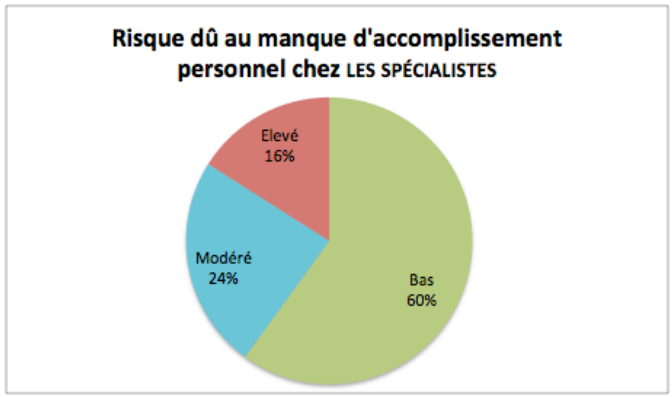
Au global :



Par type

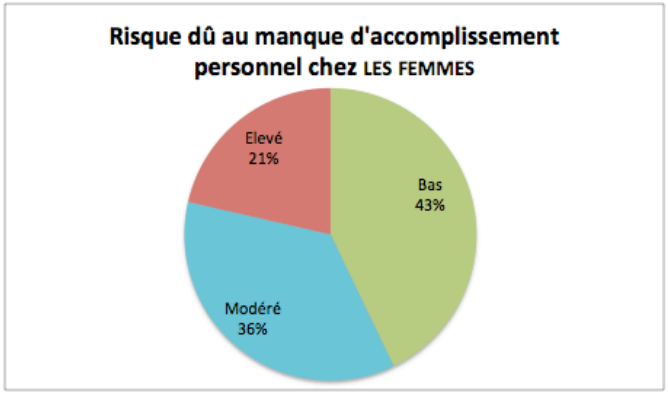
Résultats	Bas	Modéré	Elevé	Total
Généraliste	19	12	9	40
Spécialiste	15	6	4	25
Total	**34**	**18**	**13**	**65**

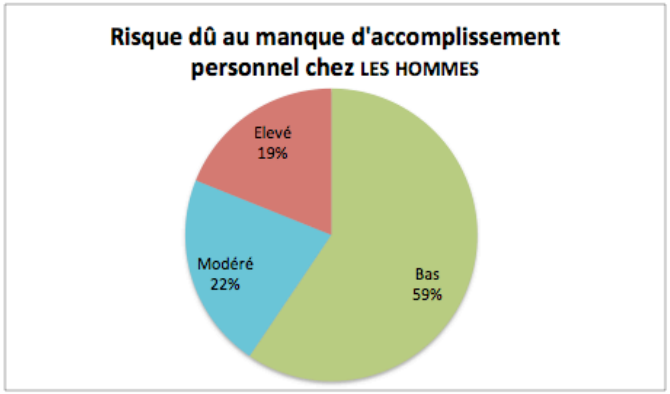




Par sexe

Résultats	Bas	Modéré	Elevé	Total
Femme	12	10	6	28
Homme	22	8	7	37
Total	**34**	**18**	**13**	**65**





Annexe VI : Verbatim

- « C'est lorsque je m'accepte pleinement que je suis capable de changer »
  (Carl ROGERS)

- « Etre fort c'est demander de l'aide » (Jean Louis TERRA)

- « Ils ne savaient pas que c'était impossible alors ils l'ont fait »
  (Samuel LANGHORNE CLEMENS dit Mark TWAIN)

- « La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir, au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres et on n'est pas non plus obligé d'en crever » (Martin WINCKLER)

- Quelques commentaires de confrères figurant sur les questionnaires reçus :
  « Il est important d'objectiver le mal être croissant au sein du corps médical, en particulier au sein des établissements hospitaliers ».
  « L'exercice en cabinet de groupe est beaucoup moins stressant que l'exercice seul ; un secrétariat à temps plein est un luxe ».
  « Il faut éviter le clivage intergénérationnel et favoriser la confraternité par des manifestations associatives régulières regroupant toutes les générations de médecins. Il faut prendre en compte les difficultés personnelles et familiales qui peuvent entraver le professionnel et favoriser le dialogue entre professionnel, conjoint et famille.
  Il est important d'organiser des réunions d'information et de formation à la prévention du burn out au sein du CDOM et de faire remonter au niveau national la nécessité d'une reconnaissance des risques psychosociaux pour les professionnels libéraux » (commentaires d'une jeune femme médecin récemment installée dans notre département)

Annexe VII : Définitions

- **BURN OUT :** la traduction littérale de l'anglais signifie « se consumer », « être détruit par le feu ». Ce terme fut utilisé initialement en aéronautique pour décrire la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante une surchauffe et un risque de bris de machine entrainant d'importantes retombées. Il fut transposé au syndrome d'épuisement professionnel pour la première fois en 1969 par Loretta BRADLEY conseillère d'éducation puis repris en 1974 par FREUDENBERGER Psychiatre américain qui observa ses collègues s'épuisant avec des patients difficiles et définit en 1981 ce syndrome comme *« un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés »*. Puis dans les années 80 Christina MASLACH chercheuse en psychologie sociale effectue une recherche sur les professionnels du monde médical et de la santé mentale et formalise le concept de burn out tel que définit sous ses trois pôles. En synthèse pourrait être proposée la définition suivante : *« état d'épuisement mental, émotionnel et physique dans lequel les mécanismes d'adaptation se consument sous l'effet de tensions subies dans le cadre du travail »* qui met l'accent sur une pathologie de l'adaptation.

- **BURN IN :** ce serait en quelque sorte la « phase préparatoire » de l'épuisement professionnel et celle à laquelle il serait souhaitable de faire le diagnostic pour éviter l'évolution vers le burn out. Elle se manifeste essentiellement par un « *présentéisme excessif* » provocant un état de surmenage professionnel, de baisse de productivité contrastant avec le nombre d'heures de présence, de démotivation et de somatisations diverses (qui devraient d'ailleurs mettre le sujet en retrait du travail). Cette évolution sera accentuée par le culte de la performance, du courage, de l'endurance, par le besoin de reconnaissance et/ou par la crainte d'une perte d'emploi dans le cas contraire, paramètres très fréquents dans nos sociétés occidentales actuelles

- **COHERENCE CARDIAQUE :** méthode de relaxation simple consistant à induire un état d'équilibre entre l'activation du système nerveux sympathique à l'inspiration (augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque) et le système nerveux parasympathique à l'expiration (effet inverse) en utilisant des cycles réguliers pendant au moins cinq minutes (pour obtenir un effet bénéfique sur les hormones du stress tel que le cortisol) de six cycles respiratoires par minute (soit 5 secondes à l'inspiration et 5 secondes à l'expiration). Cela peut se faire en comptant mentalement mais il existe également actuellement des applications sur smartphone et des vidéos sur Internet permettant au sujet de synchroniser sa respiration avec un objet qui se déplace régulièrement et qu'il suivra des yeux (effet également hypnotique..). On peut ainsi appliquer la « règle des 3 – 6 – 5 (3 fois par jour, 6 cycles

respiratoires par minute pendant 5 minutes). Sur le long terme c'est une bonne technique de gestion du stress.

- **DISQUE RAYÉ :** technique consistant à pouvoir dire NON à son interlocuteur sans le froisser en répétant inlassablement tout en conservant son calme et sous différentes formes le fait que l'on a bien compris la demande de son interlocuteur MAIS que « ça n'est pas possible ». La première réponse sera empathique (pour « accuser réception de la problématique » et ne pas opposer d'emblée un refus obstiné qui ne ferait qu'augmenter les tensions) puis, à chaque nouvelle demande, le refus sera de plus en plus ferme et, le plus souvent, l'interlocuteur cessera sa demande après trois ou quatre essais successifs, ne sachant plus comment la formuler.

- **INSIGHT :** la traduction littérale de l'anglais *« Insight »* serait perspicacité, et de l'allemand *« Einsicht »* serait compréhension. Concept psychologique évoquant la découverte soudaine d'une solution à un problème sans passer par une série d'essais – erreurs progressives – et qui ne devient évidente que par réorganisation des éléments du problème. Par extension, définit la capacité qu'a un individu à déterminer le niveau de conscience d'un trouble qui lui permet de dire s'il souffre ou non d'une maladie, associant à la fois introspection et compréhension du problème.

- **MYHE DE SISYPHE :** dans la mythologie grecque Sisyphe (qui signifie « *homme sage »)* fut condamné par Zeus (qu'il avait trahi en révélant des secrets divins et en enchainant Thanatos le dieu de la mort) à rouler un énorme rocher en haut d'une montagne dont le poids le rejetait à chaque fois en arrière et qu'il devait à nouveau ramener au sommet pour l'éternité. Par extension symbolique, un « travail de Sisyphe » qualifie une tâche interminable et ardue qu'il faut sans cesse recommencer pour un résultat nul ou incertain.

- **STRESS :** « *ensemble de réactions d'un organisme face aux modifications, aux exigences aux contraintes ou aux menaces de son environnement en vue de s'y adapter »* (Hans SELYE). Il évolue en trois phases : une *réaction d'alarme* secondaire à la libération d'hormones (adrénaline) qui entrainent des manifestations physiques respiratoires, tensionnelles, cardiaques pour préparer le corps à une action rapide. S'ensuit une *phase de résistance,* si l'agression se poursuit, pour permettre à l'organisme d'éviter l'épuisement en compensant les dépenses énergétiques utilisées pour faire face au stress ; le relais est pris par d'autres hormones telles que le cortisol. Enfin si le stress se prolonge et s'intensifie, l'organisme atteindra la *phase d'épuisement* où le dépassement des réserves biologiques et psychiques provoquera l'apparition de certaines pathologies qui obligeront l'organisme à s'arrêter. Cette description en trois phases est superposable à celle du burn out.

Annexe VIII : Flyer

Osez vous faire aider. Quelque soit votre âge ou votre statut (étudiant, interne, libéral, salarié ou hospitalier), demander de l'aide, **c'est être fort**, c'est agir de façon responsable pour vos patients, votre famille, pour vous-même. Stricte confidentialité garantie.

Ne luttez plus SEUL

Appelez sans attendre le numéro ouvert

24h/24 et 7j/7 :

0 608 282 589

Association spécifiquement dédiée aux médecins

Pour plus d'information sur l'association, rendez-vous sur le site internet **http://www.association-mots.org/**

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

RÉSUMÉ :

Le travail des auteurs pour ce mémoire dans le cadre du Diplôme Inter Universitaire « Soigner les soignants » (promotion 2015 – 2016) a consisté en une enquête via deux questionnaires auprès des médecins du Cher qui, comme de nombreux soignants, sont exposés dans leur exercice professionnel à un stress chronique générateur d'épuisement professionnel, voire de dépersonnalisation de la relation à autrui et de baisse de l'accomplissement professionnel, définissant ainsi le syndrome du burn out.

Après analyse des résultats, les auteurs suggèrent quelques réflexions et propositions de prévention et de prise en charge reposant sur le repérage précoce des symptômes évocateurs et donc sur l'information des soignants qu'ils proposent de réaliser avec le support d'un flyer et en collaboration avec une association de jeunes médecins pour agir le plus précocement possible notamment chez les jeunes confrères.

MOTS CLÉS :

Burn out des soignants
Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants (S.E.P.S.)
Prévention précoce
Information

SUMMARY:

The work of the authors for this memory consists of a survey via two questionnaires sent to physicians of Cher who, like many Caregivers, are exposed in their work to chronic stress which is a burn out generator or depersonalization of the relationship with others and reduced personal accomplishment thus defining the burn out syndrom.

After analysis of the results, the authors suggest some considerations and proposals for prevention and care based on early identification of suggestive symptoms and therefore the information of Caregivers they propose to achieve with the support of a flyer and in collaboration with an association of young doctors to act as early as possible especially among young colleagues.

***KEY WORDS*:**

Caregivers burn out
Early Prevention
Information