

## **Causes & Conséquences de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés hors structures de soins, vécu professionnel & prévalence du *Burnout* via l'échelle Maslach Burnout Inventory : Approche préliminaire**

**Sandrine Ballester, Dana Macovei, Céline Puel, Jean – Marc Soulat**

Service de Santé au Travail, CHU de Toulouse

[Soulat.jm@chu-toulouse.fr](mailto:Soulat.jm@chu-toulouse.fr)

### **I) Problématique**

Le *Burnout* apparaît comme un véritable problème tant individuel qu'organisationnel.

Le terme *Burnout* est d'origine anglo-saxonne. Il est inspiré de l'industrie aérospatiale et désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque d'éclatement de la machine ». Le *Burnout* toucherait ainsi des « individus-fusées » hyperactifs, hyper-exigeants, en permanence contraints par une obligation de résultats et qui épuisent leur énergie jusqu'à se faire exploser tels des machines (Freudenberger, 1987).

Littéralement, le verbe « Burn out » signifie « échouer, s'user, être épuisé suite à une demande trop importante d'énergie. Appliqué à un feu ou une bougie, il se traduit par le fait de « laisser brûler jusqu'au bout », « s'éteindre ». Cela évoque donc une combustion totale, une réduction en cendre d'un objet entièrement consommé dont toute la matière aurait disparu (Girault, 1989).

En France, on emploie plutôt le terme *Syndrome d'épuisement professionnel*. Le vocable « épuisement » étymologiquement parlant renvoie au fait de « vider l'eau d'un puits alors que l'on en a déjà trop retiré ». Ce terme a donc également une valeur métaphorique (Lebigot, & Lafont, 1985). Le terme Anglo-Saxon apparaît cependant, plus évocateur.

Le *Burnout* ou syndrome d'épuisement professionnel, selon le terme préféré, constitue donc une réponse à un stress émotionnel et physique chronique. La personne se sent alors « consumée » par le travail.

Le *Burnout* se distingue de la dépression. En effet, les symptômes sont différents (cf. DSM IV) et l'extension de la maladie se limite à la sphère professionnelle. En revanche, le *Burnout* peut faire le lit d'une véritable dépression voire même conduire au suicide.

Un ensemble de symptômes variés et spécifiques peut être observé chez les personnes victimes de *Burnout* lesquels peuvent être classés en 4 catégories (Debuire, 1995 ; Larouche, 2002). :

- symptômes physiques (asthénie, lassitude, céphalées, troubles digestifs, troubles du sommeil, vulnérabilité aux infections...).
- Symptômes comportementaux (agitation, pseudo-activisme, entêtement ou au contraire apathie, retrait voire isolement).
- Symptômes psycho-émotionnels/psychoaffectifs (irritabilité, labilité émotionnelle, susceptibilité, tristesse voire désespoir).
- Symptômes cognitifs (diminution de l'attention, de la réflexion, de la créativité, difficultés mnésiques, troubles du jugement...)

D'après Gallois, Vallée & Le No (2006), il apparaît préférentiellement que le « *Burn Out Syndrom* » survient chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.

Actuellement, il existe de nombreuses mesures permettant l'évaluation du *Burnout*. Cependant, il apparaît que l'échelle Maslach Burnout Inventory (MBI) constitue l'un des outils prédominants en matière d'évaluation de l'épuisement professionnel. En effet, 90 % des recherches empiriques utilisent cet instrument (Lourel & Gueguen, 2007) dont les propriétés psychométriques sont jugées adéquates (Schaufeli & Enzmann, 1998). En effet, la validité convergente, la validité divergente ainsi que la fidélité test-retest de l'instrument se révèlent très satisfaisantes (Truchot, 2004).

Le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) est une échelle d'autoévaluation, établie par Maslach & Jackson (1986) sur une population de professionnels de la santé.

L'outil MBI permet de restituer trois sous-échelles qui mesurent respectivement les trois dimensions suivantes :

• l'épuisement professionnel (9 items) : cette dimension « Epuisement Professionnel (EP) » traduit le sentiment pour le salarié d'être « vidé », de subir émotionnellement le travail. Ce versant traduit une fatigue ressentie à l'idée même du travail. En ce sens, cet épuisement est peu ou pas amélioré par le repos. Pour Maslach (auteur du MBI), l'épuisement serait la composante-clé du *Burnout* et disparaîtrait durant les vacances, ce qui le distingue d'une dépression.

- la dépersonnalisation (5 items) : cette dimension « Dépersonnalisation (DP) » également nommée « perte d'empathie » matérialise la prise de distance affective du salarié vis-à-vis des personnes dont il a la responsabilité. Il ne s'agit pas d'un trouble dissociatif qui endommage la conscience de soi au sens du DSM IV mais plutôt d'une dimension qui reflète le développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques, envers les personnes dont les professionnels concernés s'occupent. La dépersonnalisation traduit donc un sentiment de déshumanisation dans le rapport aux autres, une certaine propension à inhiber toute attitude chaleureuse (exemple pour le médecin : « la crise d'asthme de la chambre 4 »...).

- le non-accomplissement personnel au travail (8 items) : Cette dimension « Accomplissement Personnel » (AP) traduit le désengagement et la démotivation profonde du salarié à l'égard du travail. Le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même en tant que professionnel et supportant donc difficilement les efforts qu'il doit faire pour surmonter son épuisement

Selon Maslach (2001, 1998, 1976), les dimensions « EP » et « DP » constituent le noyau dur du *Burnout*.

En France, le MBI a été proposé à des médecins libéraux dans trois régions respectives (Bourgogne en 2001, Champagne-Ardenne en 2002 et Poitou-Charentes en 2004). Les résultats ont révélé que plus 40 % des médecins libéraux souffraient de *Burnout* (Truchot, 2002, Zeter, 2004). En moyenne, les taux « d'épuisement professionnel » sont apparus élevés dans plus de 43 % des cas. La dépersonnalisation a été identifiée dans 40 % des cas et un accomplissement personnel faible a été mis à jour dans 30% des cas.

L'évocation de ces chiffres ne peut que nous interroger sur les conséquences potentielles d'un tel constat. En effet, un médecin en souffrance, et à fortiori en *Burnout*, risque de dégrader la qualité de prise en charge de ses patients, de moins contrôler ses prescriptions, voire d'interrompre son activité avec toutes les implications sous-jacentes que cela est susceptible d'engendrer. En ce sens, il devient important de connaître le niveau réel du *Burnout* des médecins en France qu'ils soient libéraux ou salariés afin d'y apporter une réponse adéquate en terme de prévention et de traitement. Mais ce n'est pas chose aisée car l'ombre du tabou plane sur ce sujet. En effet, comment accepter la réalité d'une maladie liée à l'exercice professionnel, d'autant plus lorsque cette dernière relève de l'acte de soigner ?

Les résultats de cette étude effectuée sur les médecins libéraux ne peuvent que nous interpellier et engendrer d'autres questionnements. Par exemple, qu'en est-il de cette situation pour les médecins salariés ? Le statut du salariat est-il plus protecteur ?

A notre connaissance, ces questions restent à ce jour sans réponses c'est la raison pour laquelle notre étude a vu le jour. En l'état, notre travail reste très préliminaire et ne prétend pas répondre à ces questions de façon catégorique. Cependant, les premières observations que nous pourrions en retirer permettront vraisemblablement d'ouvrir la voie à une certaine sensibilisation à cette question de l'épuisement professionnel ou du *Burnout* chez le public « médecins-salariés » et de légitimer, s'il y a lieu, une poursuite d'investigations en ce sens, toujours dans un souci de prévenir l'occurrence de ce phénomène non exempt de conséquences.

## II) Objectifs

Cette étude préliminaire vise à identifier les causes et les conséquences possibles de l'épuisement professionnel perçues par certaines catégories de médecins salariés n'exerçant pas en structure de soins, à appréhender leur vécu professionnel respectif en lien avec cette question et à étudier la prévalence du *Burnout* chez les médecins-salariés à l'aide du MBI qui reste l'outil prédominant de l'évaluation dans ce domaine comme nous l'avons évoqué précédemment.

## III) Méthode

### *Participants*

Les sujets qui ont initialement été sollicités pour participer à cette étude préliminaire sont des médecins-salariés (N=450 environ) résidant dans le Sud-Ouest de la France. Le choix a porté sur les médecins du travail (N=300), les médecins de santé publique (N=50), les médecins scolaires (N=50 environ), les médecins conseils des caisses primaires d'assurance maladie (N=50 environ).

Le tableau 1 ci-après nous renseigne sur les principales caractéristiques des médecins salariés ayant accepté de renseigner le premier des deux questionnaires que nous avons proposé (N=52).

Le tableau 7, plus loin dans ce document, nous renseigne sur les principales caractéristiques des médecins salariés ayant accepté de renseigner le deuxième questionnaire (Echelle MBI) que nous avons proposé.

Théoriquement, l'effectif initial aurait dû rester inchangé mais contre toute attente, seuls 9 médecins-salariés ont poursuivi leur participation concernant le deuxième questionnaire. Les raisons éventuelles à l'origine de cet échec sont envisagées plus loin.

**Tableau 1** : Principales caractéristiques des participants médecins-salariés ayant renseigné le premier questionnaire (N=52)

GENRE		AGE				SITUATION FAMILIALE			
Hommes	Femmes	25-35 ans	36-45 ans	46-55 ans	>55 ans	Célib.	En couple	Séparé	Veuf
12	40	3	9	24	16	4	41	4	3
PROFESSION DU CONJOINT			ENFANTS A CHARGE						
Médec. / Paramédec.	Autres	Non renseigné	0	1	2	3	4 et +	Non renseigné	
15	16	21	6	9	22	5	1	9	
SECTEUR D'ACTIVITE									
Médecin du travail	Médecin	Médecin Santé Publique	Médecin Conseil Général			Médecin scolaire			
30	2	11	2			7			

### Matériel

#### Deux questionnaires ont successivement été proposés aux médecins salariés.

Un premier questionnaire a été adressé à 52 médecins salariés lequel a été adapté de l'étude de Cathéras, Begon, Laporte, Bois & Truchot (2004) qui s'est intéressée à l'épuisement professionnel des médecins généralistes. Ce dernier comportait **quatre grandes parties**.

- La première partie du questionnaire invitait les médecins-salariés à renseigner les causes possibles, selon eux, de l'épuisement professionnel. Cette dernière se subdivisait en 3 sous-parties référant :
  - à des *causes d'ordre médical* (3 items) avec par exemple l'item : « *difficultés à prendre en charge certains patients ou situations* »
  - à des *causes d'ordre professionnel* (13 items) avec par exemple l'item : « *charge de travail trop lourde, trop contraignante, trop complexe* »
  - à des *causes d'ordre personnel* (7 items) avec par exemple l'item : « *vie privée trop parasitée par le travail* »
- La deuxième partie du questionnaire invitait les médecins-salariés à consigner les conséquences de l'épuisement professionnel selon leur propre perception (5 items) avec par exemple l'item : « *altération de la qualité de votre travail* » ou encore « *dégradation de la relation médecin-patient* ». Pour ces deux premières parties, en face de chaque item, figurait une échelle de réponse en 4 points allant de « *pas d'accord* » à « *tout à fait d'accord* » excepté pour 3 items référant aux causes d'ordre professionnel (questions relatives à la rémunération, au statut et à la perspective de carrière).
- Une troisième partie (8 items) interrogeait les médecins-salariés sur un plan plus personnel à savoir, sur leur « statut » perçu par rapport au Burnout, sur leurs stratégies pour s'en protéger et sur leur positionnement vis-à-vis de l'exercice du métier (exemple d'items : « *Rencontrez-vous des difficultés par rapport à la souffrance au travail ?* », « *Vous sentez-vous personnellement menacé par le*

*Burnout ? », « Comment faites-vous pour vous en protéger ? » « Souhaiteriez vous modifier profondément votre exercice ? changer de métier ? »...*

*(N.D.L.R : Ces items ont été identifiés en analysant le contenu du questionnaire. Ils s'avèrent qu'ils sont répartis aléatoirement dans le corps de ce dernier !)*

- Enfin la quatrième partie de ce questionnaire (14 items) était consacrée au recueil des caractéristiques sociodémographiques/différentielles telles que l'âge des médecins-salariés, le genre, le statut matrimonial, la profession du conjoint ou concubin le cas échéant, le nombre d'enfants à charge, l'année de fin d'étude, l'année d'installation, le secteur d'activité, le nombre d'années d'activité, l'exercice d'une activité médicale complémentaire, la présence d'un secrétariat et la mention le cas échéant, du niveau d'aide de ce dernier, l'informatisation de l'activité médicale et enfin le dépassement du temps de travail.

Un **deuxième questionnaire** était dans le même temps proposé aux médecins-salariés à savoir la *Malash Burn Out Inventory (MBI)*. Cette grille d'analyse MBI permet de quantifier les niveaux de *Burnout* selon 3 dimensions et de recourir à des comparaisons entre diverses populations à différents moments.

Cet instrument de mesure comporte 22 items répartis dans 3 sous-échelles (1 sous échelle pour une dimension). L'épuisement professionnel est évalué via 9 items (ex : « *Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail* »). La dépersonnalisation est évaluée via 5 items (ex : « *Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail* »). L'accomplissement personnel (dimension inversée pour la mesure du *Burnout*) est évalué via 8 items (ex : « *J'ai accompli beaucoup de choses dans ce travail qui en valent la peine* »).

Chaque item est coté de 0 (Jamais) à 6 (Chaque jour). Il est demandé à la personne interrogée d'indiquer la fréquence selon laquelle elle éprouve le sentiment en question.

L'épuisement professionnel (1<sup>ère</sup> dimension), la dépersonnalisation (2<sup>ème</sup> dimension) et l'accomplissement personnel (3<sup>ème</sup> dimension) sont mesurés séparément. Autrement dit, l'individu n'a pas un score global de *Burnout*, mais un score pour chacune des trois dimensions (ex : Lourel & Gueguen, 2007) même si le terme *Burnout* continue de désigner globalement ces trois dimensions qui pourtant, sont distinctes. En effet, les recherches ayant étudié la validité du MBI ont confirmé qu'une structure à trois dimensions correspondait mieux aux données qu'une structure à deux ou à une seule dimension.

Sur les 52 médecins ayant renseigné ce 1<sup>er</sup> questionnaire, seul 9 d'entre eux ont renseigné le second questionnaire. Les raisons éventuelles de ce constat sont discutées ci-après dans la partie « Procédure ».

### **Procédure**

Le premier questionnaire comportant les 4 parties décrites ci-dessus, a été proposé par voie électronique, indirectement via leurs représentants ou leur tutelle ou le Conseil de l'ordre des médecins de la Haute Garonne à des médecins-salariés préalablement référencés. Le taux de retour a été inégal.

Par contre, en ce qui concerne l'échelle MBI, le taux de retour a été très insatisfaisant, venant limiter considérablement la portée de cette étude.

Ce deuxième questionnaire, le MBI, ne pouvait être complété qu'en cliquant sur un lien électronique. Cette information figurait en toute fin de questionnaire, dans une police de caractères de petite taille. Cette observation peut en elle-même expliquer une partie de la déperdition de participants.

Une autre cause susceptible d'expliquer en partie cette déperdition peut résider dans le fait que la question du *Burnout*, comme nous l'avons évoqué plus haut dans ce document, reste auréolée d'un certain tabou. Le premier questionnaire invitait les médecins à donner leur avis sur les causes ou conséquences possibles du *Burnout* avec finalement que peu d'items renvoyant à leur propre vécu. En ce sens, ce dernier a pu apparaître beaucoup moins invasif et générer moins de levée de résistances que le MBI qui invitait réellement les médecins à se « livrer » sur leur pratique et vécu professionnel.

#### IV) Analyse et résultats du premier questionnaire adapté de l'étude de Cathéras, Begon, Laporte, Bois & Truchot (2004)

##### A) Causes et conséquences possibles de l'épuisement professionnel perçues par l'ensemble des médecins-salariés interrogés

Le tableau 3 ci-dessous nous permet d'appréhender les causes possibles de l'épuisement professionnel perçues par les 52 médecins-salariés interrogés.

Tableau 3 : Causes possibles de l'épuisement professionnel perçues par les 52 médecins salariés

NATURE DES CAUSES POSSIBLES DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL PERCUES PAR LES MEDECINS SALARIES	FREQUENCE D'ACCORD
<b>CAUSES D'ORDRE MEDICAL</b>	
Difficultés à maintenir à jour ses connaissances médicales	63.5%
Difficultés à s'adapter aux nouvelles recommandations	65.4%
Difficultés à prendre en charge certain(e)s patients/situations	65.4%
<b>CAUSES D'ORDRE PROFESSIONNEL</b>	
Rémunération insuffisante	55.8%
Statut (nature du contrat précaire : vacation ou CDD)	13.5%
Perspective de carrière impossible	63.5%
<b>Charge de travail trop lourde, trop contraignante, trop complexe</b>	<b>86.6%</b>
Durée des journées de travail	44.2%
Interruption fréquente des tâches, des activités	76.9%
Sentiment d'insécurité grandissant (patients irrespectueux/agressifs)	42.3%
Isolement	61.6%
Patients de plus en plus exigeants (surinformation, demandes abusives, consumérismes)	69.2%
<b>Augmentation des contraintes collectives (formation, évaluation, prévention, économies de santé)</b>	<b>82.7%</b>
Augmentation du risque de contentieux juridiques (avec confrère, patient, l'Ordre, la Sécu, le Fisc)	61.5%
Pression de la hiérarchie	73.1%
Insuffisance d'indépendance professionnelle	55.8%
<b>CAUSES D'ORDRE PERSONNEL</b>	
Impression de ne pas (ou plus) s'accomplir dans son métier	53.8%
Difficultés d'ordre financier dans sa vie privée	25%
Difficultés d'ordre affectif dans sa vie privée	17.3%
Confrontation à des problèmes de santé	34.6%
Manque de temps pour sa vie privée	46.2%
<b>Vie privée trop parasitée par le travail</b>	<b>55.8%</b>
Fragilité psychologique propre à certains	40.4%

Au niveau des causes d'ordre médical, plus de 60 % des médecins perçoivent autant la difficulté de mise à jour des connaissances, la difficulté d'adaptation aux nouvelles recommandations que les difficultés de prise en charge de certains patients ou certaines situations comme potentiellement susceptibles d'être à l'origine d'un syndrome d'épuisement professionnel.

Au niveau des causes d'ordre professionnel, les 2 raisons les plus consensuelles et susceptibles d'expliquer la survenue d'un épuisement professionnel pour les médecins salariés interrogés sont la charge de travail trop importante et l'augmentation des contraintes collectives.

Au niveau des causes d'ordre personnel, le fait que le travail puisse parasiter la vie privée a été perçu par plus de la moitié des médecins salariés comme potentiellement susceptible d'être à l'origine d'un épuisement professionnel.

Le tableau 4 ci-après nous permet quant à lui, d'appréhender les conséquences possibles de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés interrogés.

**Tableau 4** : Conséquences possibles de l'épuisement professionnel perçues par les 52 médecins salariés (exprimé via un degré d'accord quant aux différents items ci-dessous)

NATURE DES CONSEQUENCES POSSIBLES DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL PERCUES PAR LES MEDECINS SALARIES	FREQUENCE D'ACCORD
L'altération de la qualité de travail	86.5%
La dégradation de la relation médecin-patient	59.6%
L'augmentation des dépenses de santé	42.3%
Des conséquences indirectes sur le coût de la santé	42.3%
La diminution de l'accomplissement professionnel des médecins	65.4%

Ce tableau nous montre que les médecins-salariés estiment que l'une des premières conséquences possibles de l'épuisement professionnel est l'altération de la qualité de travail.

### B) Causes & conséquences de l'épuisement professionnel perçues par les médecins-salariés en fonction de leur secteur d'activité

Le tableau 5 suivant nous permet d'observer la (ou les) cause(s) que les médecins salariés attribuent, de façon la plus unanime, à la survenue du syndrome d'épuisement professionnel ou *Burnout*, cela en fonction de leur secteur d'activité.

**Tableau 5** : Causes de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés en fonction de leur secteur d'activité

NATURE DES CAUSES POSSIBLES DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL PERCUES PAR LES MEDECINS SALARIES	Fréquence d'accord des répondants Médecins du Travail (N= 30)	Fréquence d'accord des répondants Médecins (N= 2)	Fréquence d'accord des répondants Médecins Santé Publique (N= 11)	Fréquence d'accord des répondants Médecins Conseil Général (N= 2)	Fréquence d'accord des répondants Médecins Scolaires (N= 7)
<b>CAUSES D'ORDRE MEDICAL</b>					
Difficultés à maintenir à jour ses connaissances médicales	58.6%	50%	63.6%	100%	85.7%
Difficultés à s'adapter aux nouvelles recommandations	73%	50%	81.8%	100%	75%
Difficultés à prendre en charge certain(e)s patients/situations	66.6%	50%	72.7%	100%	71.4%
<b>CAUSES D'ORDRE PROFESSIONNEL</b>					
Rémunération insuffisante	50%	50%	55.5%	100%	100%
Statut ( <i>nature du contrat précaire : vacation ou CDD</i> )	10.7%	0%	12.5%	50%	50%
Perspective de carrière impossible	74%	100%	55.5%	100%	66.6%
Charge de travail trop lourde, trop contraignante, trop complexe	89.6%	50%	90.9%	100%	85.7%
Durée des journées de travail	40%	0%	63.6%	100%	33.3%
Interruption fréquente des tâches, des activités	83.3%	50%	81.8%	100%	100%
Sentiment d'insécurité grandissant ( <i>patients irrespectueux/agressifs</i> )	36.6%	100%	60%	100%	25%
Isolement	64.2%	50%	80%	100%	75%
Patients de plus en plus exigeants (surinformation, demandes	73.3%	100%	75%	100%	100%

abusives, consumérismes)					
Augmentation des contraintes collectives ( <i>formation, évaluation, prévention, économies de santé</i> )	79.3%	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	83.3%
Augmentation du risque de contentieux juridiques ( <i>avec confrère, patient, l'Ordre, la Sécu, le Fisc</i> )	62%	<b>100%</b>	60%	<b>100%</b>	57.1%
Pression de la hiérarchie	65.5%	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	66.6%
Insuffisance d'indépendance professionnelle	55.1%	<b>100%</b>	88.8%	<b>100%</b>	20%
<b>CAUSES D'ORDRE PERSONNEL</b>					
Impression de ne pas (ou plus) s'accomplir dans son métier	56.6%	50%	63.6%	<b>100%</b>	16.6%
Difficultés d'ordre financier dans sa vie privée	13.3%	50%	27.2%	<b>100%</b>	42.8%
Difficultés d'ordre affectif dans sa vie privée	6.9%	<b>100%</b>	30%	<b>100%</b>	0%
Confrontation à des problèmes de santé	29.6%	50%	63.6%	<b>100%</b>	0%
Manque de temps pour sa vie privée	43.3%	0%	70%	<b>100%</b>	28.6%
Vie privée trop parasitée par le travail	50%	50%	72.7%	<b>100%</b>	42.8%
Fragilité psychologique propre à certains	37.9%	50%	50%	<b>100%</b>	40%

**N.B :** Cause(s) de l'épuisement professionnel la (ou les) plus unanimement perçue(s) par les médecins salariés en fonction de leur secteur d'activité respectif en **police rouge et caractères gras**.

Le tableau 6 suivant nous permet d'observer la ou le(s) conséquence(s) du syndrome d'épuisement professionnel ou *Burnout* les plus unanimement perçue(s) par les médecins salariés, cela en fonction de leur secteur d'activité.

Tableau 6 : Conséquences de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés en fonction de leur secteur d'activité

<b>NATURE DES CONSEQUENCES POSSIBLES DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL PERCUES PAR LES MEDECINS SALARIES</b>	<b>Fréquence d'accord des répondants Médecins du Travail (N= 30)</b>	<b>Fréquence d'accord des répondants Médecins (N= 2)</b>	<b>Fréquence d'accord des répondants Médecins Santé Publique (N= 11)</b>	<b>Fréquence d'accord des répondants Médecins Conseil Général (N= 2)</b>	<b>Fréquence d'accord des répondants Médecins Scolaires (N= 7)</b>
L'altération de la qualité de travail	<b>96.3%</b>	50%	90.9%	<b>100%</b>	<b>85.7%</b>
La dégradation de la relation médecin-patient	56%	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	60%
L'augmentation des dépenses de santé	36%	<b>100%</b>	88.8%	<b>100%</b>	25%
Des conséquences indirectes sur le coût de la santé	40%	<b>100%</b>	77.7%	<b>100%</b>	33.3%
La diminution de l'accomplissement professionnel des médecins	72%	<b>100%</b>	100%	<b>100%</b>	60%

**N.B : Conséquence(s) de l'épuisement professionnel la (ou les) plus unanimement perçue(s) par les médecins salariés en fonction de leur secteur d'activité respectif en police rouge et caractères gras.**

### **C) Vécu professionnel des médecins-salariés, statut perçu par rapport au *Burnout* et positionnement personnel quant à l'exercice du métier.**

La troisième partie du 1<sup>er</sup> questionnaire interrogeait les médecins-salariés sur leur vécu professionnel, leur « statut » perçu par rapport au *Burnout*, sur leurs stratégies pour s'en protéger et sur leur positionnement vis-à-vis de l'exercice du métier. (N.B : Parmi les 8 items initiaux présents sur le questionnaire, seuls 5 d'entre eux se sont révélés exploitables).

Les résultats sont les suivants :

#### **A la question « Rencontrez-vous des difficultés par rapport à la souffrance au travail ? » :**

- 63,5 % (N=33) des médecins répondent par l'affirmative. Parmi eux :
  - 57,6% (N=19) sont des Médecins du Travail
  - 3% (N=1) sont Médecins
  - 24,2% (N=8) sont des Médecins de Santé Publique
  - 6,1 % (N=2) sont des Médecins du Conseil Général
  - 9,1% (N=3) sont des Médecins Scolaires

#### **A la question « Vous sentez-vous personnellement menacé par le *Burnout* ? » :**

- 32,7 % des médecins salariés interrogés (N=17) avouent se sentir personnellement menacés par le *Burnout*. La répartition de ces médecins salariés rapportant un sentiment de menace vis-à-vis du *Burnout* se subdivise comme suit :
  - 47,1% (N=8) sont des Médecins du Travail
  - 35,3% (N=6) sont des Médecins de Santé Publique
  - 17,6% (N=3) sont des Médecins Scolaires

#### **A la question « Comment faites-vous pour vous en protéger ? » :**

- Les stratégies citées par l'ensemble des médecins-salariés sont les suivantes :
    - 57,7 % évoquent le recours aux vacances, loisirs.
    - 13,5 % évoquent le recours aux groupes de pairs.
    - 1,9 % évoquent le recours aux groupes Balint.
    - 1,9% évoquent le recours à la prise de médicaments.
    - 3,8% évoquent une prise en charge psychologique.
    - 5,8 % évoquent la consommation d'alcool et/ou de tabac.
- Notons que 15,4 % des médecins-salariés (N=8) n'ont pas souhaité répondre à cette question.

- Concernant le **positionnement vis-à-vis de l'exercice du métier**, il apparaît que 46,2 % des médecins salariés interrogés (N=24) font part de leur souhait de modifier profondément l'exercice de leur métier ; là où 11,5 % d'entre eux (N=6) déclarent purement et simplement vouloir changer de métier. Notons que 42,3 % des médecins (N=22) n'ont pas renseigné cet item.
- **Parmi les médecins salariés ayant déclaré souhaiter changer de métier (N=6), 4 d'entre eux (soit 66,6%) déclarent être prêt à le faire effectivement un jour ou l'autre.**

Ces premiers résultats nous permettent d'appréhender, de façon un peu plus précise, les causes et conséquences du *Burnout* perçues par les médecins-salariés en général mais aussi en fonction de leur secteur d'activité respectif.

Grâce à la présence de quelques items additifs questionnant de manière plus personnelle sur le vécu professionnel des médecins salariés, nous avons pu notamment observer que **près de deux tiers des médecins-salariés interrogés avouent rencontrer des difficultés par rapport à la souffrance au travail et près d'un tiers d'entre eux déclare se sentir menacé par le *Burnout***. Ces résultats, loin d'être anodins, méritent d'être discutés.



Cependant, il convient de garder à l'esprit que l'ensemble de ces résultats demeure, en l'état, difficilement généralisable dans la mesure où l'effectif d'ensemble reste modeste et les effectifs des sous-groupes de secteur d'activité ne sont pas assez équilibrés.

## V) Analyse préliminaire et résultats du deuxième questionnaire : l'échelle *Malash Burn Out Inventory (MBI)*

Comme évoqué plus haut dans ce document (cf. partie *Matériel* et *Procédure*), un premier constat s'impose à nous. Le questionnaire MBI a été proposé à 52 médecins salariés mais seulement 9 d'entre eux ont renseigné ce dernier.

Néanmoins, les réponses des 9 médecins salariés méritent d'être analysées.

Ci-après, voici les principales caractéristiques sociodémographiques des médecins salariés ayant renseigné l'échelle MBI.

**Tableau 7** : Principales caractéristiques des participants médecins-salariés ayant renseigné le deuxième questionnaire (Echelle MBI ; N=9)

GENRE		AGE				SITUATION FAMILIALE			
<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>25-35 ans</i>	<i>36-45 ans</i>	<i>46-55 ans</i>	<i>&gt;55 ans</i>	<i>Célib.</i>	<i>En couple</i>	<i>Séparé</i>	<i>Veuf</i>
1	8	1	2	5	1	1	8		
PROFESSION DU CONJOINT			ENFANTS A CHARGE						
<i>Médec. / Paramédec.</i>	<i>Autres</i>	<i>Non renseigné</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 et +</i>	<i>Non renseigné</i>	
2	3	4		1	7		1		
SECTEUR D'ACTIVITE									
<i>Médecin du travail</i>	<i>Médecin</i>	<i>Médecin Santé Publique</i>			<i>Médecin Conseil Général</i>		<i>Médecin scolaire</i>		
6		3							

Au moment de l'étude, sur les 9 médecins salariés ayant renseigné l'échelle MBI, 3 d'entre eux (soit 33,3%) présentent une **absence de *Burnout*** c'est-à-dire, qu'ils n'ont obtenu aucun niveau de score dit « pathologique » sur les trois dimensions du MBI.

En revanche, **4 médecins salariés** ont obtenu un **niveau « pathologique » pour un des trois scores de la MBI** (soit 44,4 %). La répartition est la suivante :

- **1 médecin-salarié a obtenu un score d'*Epuisement Professionnel (EP)* élevé** témoignant d'un Burnout élevé (*sentiment pour le salarié d'être « vidé », de subir émotionnellement le travail*).

- *Aucun médecin-salarié n'a obtenu un score de Dépersonnalisation (DP) élevé (attitude impersonnelle, détachée, cynique, négative, prise de distance affective / deshumanisation de la relation à l'autre).*
- *3 médecins salariés ont obtenu un score d'Accomplissement Personnel (AP) bas\* lequel vient signifier un non-accomplissement personnel au travail (désengagement, dévalorisation et démotivation profonde du salarié à l'égard du travail).*

*\*N.B. : la dimension « Accomplissement Personnel » (AP) varie en sens inverse des 2 autres dimensions. Un accomplissement personnel bas correspond à un niveau élevé de Burnout.*

Enfin, **2 médecins salariés** ont obtenu un niveau « **pathologique** » pour **2 scores de la MBI\*\*** (soit 22,2 %) avec pour tous les deux un score d'EP élevé et d'AP bas\*.

**A) Prévalence chez les médecins salariés des niveaux de *Burnout* pour les 3 dimensions respectives de la MBI : approche préliminaire.**

Le tableau et la figure ci-après matérialise la répartition des médecins salariés par versant dimensionnel du MBI.

Tableau 8 : Répartition des niveaux de scores des médecins salariés sur les 3 dimensions du MBI

Dimensions du MBI	Epuisement Professionnel (EP)	Dépersonnalisation (DP)	Accomplissement personnel (AP)*
	N (%)	N (%)	N (%)
Score bas	4 (44.5)	7 (77.8)	5 (55.6)
Score modéré	2 (22.2)	2 (22.2)	1 (11.1)
Score élevé	3 (33.3)	0	3 (33.3)
<b>Total</b>	<b>9 (100)</b>	<b>9 (100)</b>	<b>9 (100)</b>

Cette répartition est transposée sur le graphique ci-dessous.

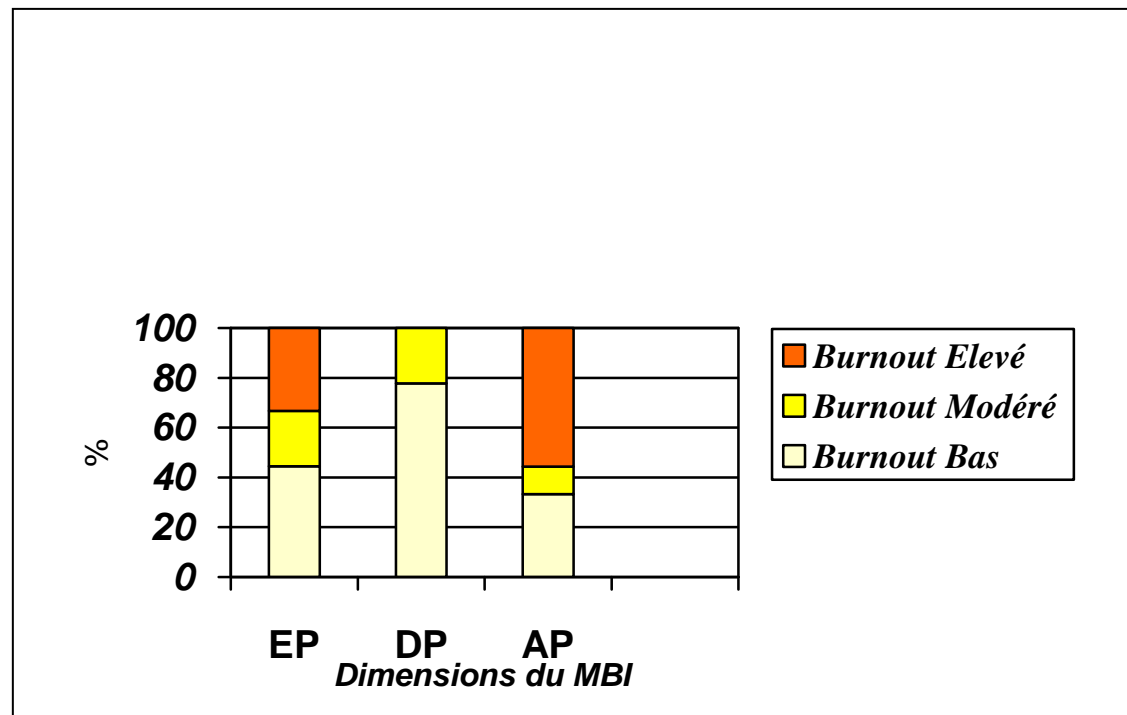


Figure 1 : Prévalence des niveaux de Burnout en pourcentage pour les trois dimensions du Maslach Burnout Inventory (MBI) chez les médecins salariés répondants (N=9)

Via le tableau et la figure ci-dessus, nous sommes en mesure de constater que :

- un tiers des répondants (33,3 % ; N=3) témoigne d'un niveau de *Burnout* élevé pour la dimension « Epuisement professionnel » (EP). Quelques exemples d'items rattachés à cette dimension sont les suivants : « Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail », « Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail », « Je sens que je travaille trop dur » ou encore « Je me sens au bout du rouleau ». En d'autres termes, le sentiment pour le salarié d'être « vidé », envahi par son travail et de le subir émotionnellement est clairement exprimé dans un tiers des cas.

Le tableau 9 suivant nous renseigne sur les caractéristiques personnelles des médecins salariés qui ont témoigné d'un niveau de *Burnout* élevé sur cette dimension « Epuisement professionnel » (EP).

Tableau 9 : Caractéristiques différentielles des médecins salariés (N=3) témoignant d'un Niveau de *Burnout* élevé pour la dimension EP.

Médecins salariés (MS)	Score dimension EP	Age	Genre	Situation familiale	Profes. conjoint	Enfants à charge	Année fin étude	Année installation
MS 1 **	36	46-55	F	En couple	NR	1	1979	NR
MS 2 **	39	>55	F	Célib.	NR	NR	1978	1979
MS 3	30	46-55	F	En couple	Médicale/paraméd.	2	1985	1986
Médecins salariés (MS)	Secteur d'activité	Nbre d'années d'activité	Activité médicale complément.	Secrétariat	Aide suffisante secrétariat	Informati-sation	Dépassement temps de travail	
MS 1**	Médecin sante publique	21	non	non	NR	oui	fréquent	
MS 2**	Médecin santé publique	32	non	non	NR	NR	fréquent	
MS 3	Médecin du travail	24	non	Téléphonique	non	oui	fréquent	

Rappel : Score dimension EP :  $\leq 17$  = burnout bas ;  $| 18-29 |$  = burnout modéré ;  $\geq 30$  = burnout élevé.

Légende : \*\*= Médecins ayant également obtenu un score « pathologique » pour la dimension « Accomplissement Personnel » (AP)

NR = non renseigné

- Aucun médecin salarié n'a témoigné d'un *Burnout* élevé pour la dimension « Dépersonnalisation » (DP) représentée par exemple par l'item « Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que je fais ce travail », l'item « Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement » ou encore l'item « Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades ». Autrement dit, le développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives voire cyniques envers les patients que l'on pourrait définir comme de la perte d'empathie ou de la déshumanisation dans la relation à l'autre, n'a pas été rapporté par les médecins-salariés répondants.

Par contre 22,2 % d'entre eux (soit N=2) témoignent d'un niveau de *Burnout* modéré dans cette dimension. Cela constitue le signe d'une dépersonnalisation latente, en train de s'installer.

- Enfin, il apparaît que 5 répondants sur 9 (55,6 %) ont montré un niveau de *Burnout* élevé pour la dimension « Accomplissement Personnel » (AP) via l'obtention d'un score bas à cette dimension\*. Ce versant du MBI comprend des items tels que : « Je me sens plein(e) d'énergie », « J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients », « J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail » ou encore « Dans mon travail, je traite des problèmes émotionnels très calmement ». Cette dimension traduit le sentiment de compétence et de réalisation de soi au travail.

Le niveau de *Burnout* élevé que nous observons ici pour plus de la moitié de l'effectif vient matérialiser un certain désengagement, une perte d'estime de soi manifeste et une démotivation profonde des médecins-salariés vis-à-vis de leur travail.

Le tableau 10 suivant nous renseigne plus avant sur les caractéristiques personnelles des médecins salariés ayant témoigné d'un score bas et donc d'un niveau de *Burnout* élevé sur la dimension « Accomplissement personnel »\* (AP).

Tableau 10 : Caractéristiques différentielles des médecins salariés (N=5) témoignant d'un Niveau de Burnout élevé pour la dimension AP.

Médecins salariés (MS)	Score dimension AP*	Age	Genre	Situation familiale	Profes. conjoint	Enfants à charge	Année fin étude	Année installation
MS 1 **	29	46-55	F	En couple	NR	1	1979	NR
MS 2 **	10	>55	F	Célib.	NR	NR	1978	1979
MS 3	24	46-55	F	En couple	NR	2	1986	NR
MS 4	27	25-35	F	En couple	autre	2	2005	2005
MS 5	31	46-55	F	En couple	Médicale/Paramédicale	2	1982	NR
Médecins salariés (MS)	Secteur d'activité	Nbre d'années d'activité	Activité médicale complémentaire	Secrétariat	Aide suffisante secrétariat	Information	Dépassement	
MS 1**	Médecin santé publique	21	non	non	NR	oui	fréquent	
MS 2**	Médecin santé publique	32	non	non	NR	NR	fréquent	
MS 3	Médecin du travail	10	NR	non	oui	oui	fréquent	
MS 4	Médecin du travail	6	non	physique	oui	oui	occasionnel	
MS 5	Médecin santé publique	9	non	physique	oui	oui	fréquent	

Rappel : Dimension AP\* :  $\geq 40$  = burnout bas ;  $|34-39|$  = burnout modéré ;  $\leq 33$  = burnout élevé.

**Légende : \*\* = Médecins ayant également obtenu un score « pathologique » pour la dimension « Epuisement professionnel » (EP)**

NR = non renseigné

Le tableau 11 ci-dessous nous donne une vue d'ensemble en matérialisant les scores moyens et écarts-types de l'ensemble des médecins salariés ayant renseigné l'échelle MBI.

Tableau 11 : Scores moyens et écarts-types de l'ensemble des 9 médecins salariés ayant renseigné le Maslach Burnout Inventory (MBI)

Dimensions	N Actifs	Moyenne	Min	Max	Ec-Type	Niveaux moyens de <i>Burnout</i> observés sur l' $\Sigma$ N=9
<b>EP</b>	9	<b>20,89</b>	5	39	11,58	<b><i>Burnout modéré</i></b>
<b>DP</b>	9	<b>4,67</b>	1	10	2,59	<b><i>Burnout bas</i></b>
<b>AP</b>	9	<b>32,89</b>	10	48	12,22	<b><i>Burnout élevé</i></b>

Mémo cotation :

*Dimension EP* :  $\leq 17$  = *burnout bas* ;  $| 18-29 |$  = *burnout modéré* ;  $\geq 30$  = *burnout élevé*.

*Dimension DP* :  $\leq 5$  = *burnout bas* ;  $| 6-11 |$  = *burnout modéré* ;  $\geq 12$  = *burnout élevé*.

*Dimension AP\** :  $\geq 40$  = *burnout bas* ;  $| 34-39 |$  = *burnout modéré* ;  $\leq 33$  = *burnout élevé*.

Via ce tableau d'ensemble, nous sommes en mesure d'observer que le score moyen de l'ensemble des 9 répondants relatif à la dimension « Accomplissement personnel » (AP) définit un niveau de *Burnout* élevé.

**Pour tenter d'aller un peu plus loin .....**

*Bien que l'effectif extrêmement restreint ne s'y prête pas, les analyses suivantes (Anovas, T-Tests ou analyses corrélationnelles selon les cas), peuvent nous donner de modestes tendances en ce qui concerne les effets des caractéristiques différentielles des médecins salariés sur les scores de Burnout. Dégager de tels effets n'est pas sans importance pour anticiper, prévenir ou tenter de limiter, le cas échéant l'occurrence de ce syndrome délétère.*

**B) Effet des caractéristiques différentielles sur les scores dimensionnels du MBI : approche préliminaire**

**1) Effet de l'Age**

Etant donné l'existence, parmi les répondants, de 4 groupes d'âge initialement codifiés sur le fichier de données (25-35 ans ; 36-45 ans ; 46-55 ans ; >55 ans) et la présence de scores bruts totaux pour chaque dimension, nous avons tenté d'effectuer des analyses de variance (Anovas) dans une démarche totalement exploratoire. Bien que la condition préalable d'homogénéité des variances ait été vérifiée via le test de Lévène et celle de la normalité via le test W de Shapiro-Wilk, gardons à l'esprit que cette procédure demeure néanmoins très discutable dans la mesure les petits échantillons ne sont pas fiables. Pour assurer la robustesse de ce test statistique, il conviendrait de poursuivre cette étude et de recueillir davantage de données lesquelles permettraient de confirmer ou d'infirmer les observations préliminaires ci-après, le cas échéant.

Parmi les 9 répondants du MBI, il y a 1 sujet dans la tranche d'âge 25-35 ans, 2 sujets dans la tranche d'âge 36-45 ans, 5 sujets dans la tranche d'âge 46-55 ans et 1 sujet dans la tranche d'âge > à 55 ans. Des Anovas ont été effectuées pour chacune des trois dimensions.

- **Au niveau de la dimension « Epuisement Professionnel » (EP), il n'existe pas de différences significatives entre les différents groupes d'âges ainsi subdivisés [F(3,5)=2,37; p<,18].**
- **Au niveau de la dimension « Dépersonnalisation » (DP), il existe une différence à tendance significative entre les moyennes des 4 groupes d'âge au seuil p<.05 [F(3,5)=6,37; p<,0368].** Cette différence est qualifiée seulement de « tendance significative » car si l'on applique la correction de Bonferonni qui donne un peu plus de poids à l'interprétation, le seuil de signification alpha ( $\alpha$ ) devient 0.0125. (*la correction de Bonferonni suppose de diviser par k le seuil signification alpha ( $\alpha$ ) pour k comparaisons*).  
Afin d'isoler les paires de groupes pour lesquelles ces différences de moyennes tendent à être significatives, un test post-hoc (Test de Scheffe) a été effectué. Ce dernier a seulement mis à jour **une différence à tendance significative entre le groupe d'âge 46-55 ans et le groupe des plus de 55 ans (p=.05)**. Autrement dit, le score de DP tend à être significativement plus bas chez les médecins salariés de 46 à 55ans (M=3.40 → niveau de *Burnout* bas) par rapport aux médecins salariés de plus de 55 ans (M=10 → niveau de *Burnout* modéré). La poursuite de l'étude permettra vraisemblablement d'apporter plus de puissance au test et de confirmer ou d'infirmer de façon plus franche l'existence de différences entre ces « groupes » d'âge.
- **Au niveau de la dimension « Accomplissement personnel », il n'existe pas de différences significatives, en l'état, entre les différents groupes d'âge [F(3,5)=4,21; p<,0778].**

## 2) Effet du Genre

Dans l'échantillon de médecins salariés répondants (N=9), seul un homme a renseigné ce questionnaire pour 8 femmes. Les deux groupes relatifs au genre sont donc trop déséquilibrés pour effectuer un test-t de Student.

## 3) Effet de la Situation familiale

Pas de comparaisons possibles pour cette variable dans la mesure où 8 sujets sur 9 ayant renseigné l'échelle MBI vivent en couple.

## 4) Effet de la Profession du conjoint

Pas de comparaisons possibles pour cette variable dans la mesure où nous dénotons 4 données manquantes sur 9.

## 5) Effet de la caractéristique « Enfants à charge »

Pas de comparaisons possibles pour cette variable dans la mesure où l'insuffisance de données hétérogènes ne permet pas de légitimer la comparaison. En effet, 7 répondants sur 9 ont 2 enfants à charge.

## 6) Année de fin d'étude

Pas de comparaisons possibles pour cette variable différentielle eu égard au profil des données.

## 7) Année d'installation

Pas de comparaisons possibles pour cette variable différentielle dans la mesure où nous dénotons 3 données manquantes sur 9

## 8) Secteur d'Activité

Au sein de cette variable, sur 9 médecins salariés, deux groupes sont identifiés :

Groupe 1 : « Médecin du travail » (N=6)

Groupe 2 : « Médecin de santé publique » (N=3)

Après analyse, il apparaît que le secteur d'activité semble jouer un rôle sur la dimension « Epuisement professionnel ». En effet, **il existe une différence significative entre le Groupe « Médecin du travail » et le groupe « Médecin de santé publique »**. Le score moyen à l'échelle d'épuisement professionnel se révèle significativement plus élevé chez les médecins de Santé Publique (M=31.33 → niveau de *Burnout* élevé) par rapport aux médecins du Travail (M=15.67 → niveau de *Burnout* bas) au test-t de Student ( $p < .05$ ).

Par contre, en ce qui concerne les dimensions DP (Dépersonnalisation) et AP (Accomplissement personnel), aucune différence significative n'a été révélée.

## 9) Nombre d'Années d'exercice

Etant donné que le nombre d'années d'exercice a été coté comme une variable continue, nous pouvons ici effectuer une corrélation de Pearson laquelle va nous indiquer si le nombre d'année d'exercice est lié significativement aux scores dimensionnels de *Burnout* et le cas échéant, de quelle manière.

Tableau 12 : Corrélations entre le nombre d'années d'exercice et les scores de *Burnout*

Corrélations significatives marquées à $p < ,05$ N=9 (Suppression des Observ. à VM)	
Dimensions MBI	NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE
<b><i>Epuisement Professionnel (EP)</i></b>	<b>.85</b>
<b><i>Dépersonnalisation (DP)</i></b>	.44
<b><i>Accomplissement Personnel (EP)</i></b>	-.60

L'analyse corrélationnelle nous révèle que le nombre d'années d'exercice est positivement corrélé au score obtenu à la dimension « Epuisement professionnel » ( $r = .85, p < .05$ ). Autrement dit, plus les médecins salariés ont des années d'exercice à leur actif, plus ils témoignent d'un score d'épuisement professionnel (EP) élevé. Les autres corrélations observées ne se révèlent pas significatives au seuil  $p < .05$ .

## 10) Activité médicale complémentaire

Pas de comparaisons possibles pour cette variable dans la mesure où l'ensemble des sujets ayant renseigné l'échelle MBI n'a pas d'activité complémentaire.

### 11) Secrétariat

Au niveau de cette variable, sur 9 médecins salariés, trois groupes sont identifiés :

Groupe 1 : « pas de secrétariat » (N=3)

Groupe 2 : « Secrétariat téléphonique » (N=3)

Groupe 3 : « Secrétariat physique » (N=3)

- Au niveau des dimensions « Epuisement Professionnel » (EP) et « Dépersonnalisation (DP), il n'existe pas de différences significatives entre ces différents groupes.
- L'analyse de variance a, par contre, permis de mettre en lumière une différence que l'on peut qualifier à tendance significative (prise en compte de la correction de Bonferonni :  $\alpha = 0.016$ ) entre ces groupes au niveau de la dimension « Accomplissement personnel » (AP) [F(2,6)=5,20; p<,0490]. Afin d'isoler les paires de groupes pour lesquelles ces différences de moyennes tendent à être significatives, un test post-hoc (Test de Tukey car les groupes sont de même effectif) a été effectué. Ce dernier a mis à jour **une différence à tendance significative entre le groupe 1 « Pas de secrétariat » et le groupe 2 « secrétariat téléphonique ».** Les médecins salariés sans secrétariat témoignent d'un score moyen d'accomplissement personnel (AP\*) qui tend à être significativement plus bas (M=21 → niveau de *Burnout* élevé) par rapport aux médecins salariés bénéficiant d'un secrétariat téléphonique (M=43.33 → niveau de *Burnout* bas).

### 12) Aide suffisante secrétariat

Pas de comparaisons possibles pour cette variable car il existe des données manquantes.

### 13) Informatisation

Pas de comparaisons possibles pour cette variable car tous les médecins salariés ayant renseigné le questionnaire MBI sont informatisés.

### 14) Dépassement du temps de travail

Pas de comparaisons possibles pour cette variable car deux tiers des médecins salariés ayant renseigné le questionnaire MBI ont rapporté des dépassements fréquents de leur temps de travail. Les données recueillies ne sont pas suffisamment équilibrées pour objectiver une analyse.

## VI) Relations entre la souffrance rapportée au travail, le sentiment de menace vis-à-vis du *Burnout* et les scores de *Burnout* observés à l'échelle MBI

Pour finir, il nous est apparu judicieux de croiser quelques items relatifs au premier questionnaire et référant au vécu professionnel des médecins salariés vis-à-vis du *Burnout* et les scores de *Burnout* effectivement obtenus à l'échelle MBI.

Au niveau des items concernant le vécu professionnel, il n'a été possible de croiser que les items cotés à la manière d'une variable continue. Ces items sont au nombre de 2 et sont les suivants : « **Rencontrez-vous des difficultés par rapport à la souffrance au travail ?** », « **Vous sentez-vous personnellement menacé par le *Burnout* ?** »

L'examen de ces corrélations n'a bien sûr été possible que pour les 9 sujets ayant renseigné le premier questionnaire et l'échelle MBI.

Tableau 13 : Corrélations entre la souffrance au travail, le sentiment de menace vis-à-vis du *Burnout* rapportés par les médecins salariés et les scores de *Burnout* effectivement observés

Corrélations (newanobo.sta)		
Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$ N=9 (Suppression des Observ. à VM)		
ITEMS REFERANT AU VECU PROFESSIONNEL DES MEDECINS SALARIES		
Dimensions du MBI	Souffrance au travail	Sentiment de menace vis-à-vis du <i>Burnout</i>
<i>Epuisement Professionnel (EP)</i>	0,25	<b>0,71</b>
<i>Dépersonnalisation (DP)</i>	0,54	0,15
<i>Accomplissement Personnel (EP)</i>	-0,51	-0,26

L'analyse corrélacionnelle nous révèle que le sentiment de menace vis-à-vis du Burnout est positivement corrélé au score obtenu à la dimension « Épuisement professionnel » ( $r=.71$ ,  $p<.05$ ). Autrement dit, plus les médecins salariés rapportent un sentiment de menace vis-à-vis du *Burnout*, plus ils témoignent effectivement d'un score d'épuisement professionnel (EP) élevé. Les autres corrélations observées ne se révèlent pas significatives au seuil  $p<.05$ .

#### Références citées dans ce document :

- Cathébras, P., Begon, A., Laporte, S., Bois, C. & Truchot, D. (2004). Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*, 33 : 1569-74.
- Debuire, F. (1995). *Burn out syndrom : épuisement professionnel*. Th. : Médecine. Lille.
- Freudenberger, H. (1987). *L'épuisement professionnel: La Brûlure interne*, Québec. Gaétan Morin Éditeur. 1987
- Gallois P., Vallée, J.P., Le Noc, Y. (2006). *Médecine générale en crise : faits et questions*. *Médecine*, 2(5): 223-228.
- Girault, N. (1989). *Burnout , émergences et stratégies d'adaptation. : le cas de la médecine d'urgence*. Th. : Psychologie, Paris V.
- Larouche, L. (2002). Qu'est ce que le syndrome d'épuisement professionnel ? *Quintessence*, 108 : 4-8.
- Lebigot, F. & Lafont, B. (1985). Psychologie de l'épuisement professionnel. *Annales Médico-psychologiques*, 8 : 769-775.
- Lourel, M. & Gueguen, N. (2007). Une méta-analyse de la mesure du Burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'encéphale*, 33 : 947-953.
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychological Health*, 16(5): 607-11.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. In: Cooper CL, editor. *Theories of organizational stress*. New York: Oxford University Press, 68-85.
- Maslach, C. (1976). Burn-out. *Hum Behav*, 5:16-22.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice : a critical analysis*. London: Taylor and Francis.
- Truchot, B. (2004). *Épuisement professionnel et burn out*. Concepts, modèles, interventions. Paris : Dunod.
- Truchot, D. (2002). *Le burn out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne*. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne.
- Truchot, D. (2002). Enquête Bulletin Ressources N° 1. URML Bourgogne Janvier.
- Zeter, C. (2004). *Burn out, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse Méd]*. Poitiers Université.