

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2021

N° : 242

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

Monsieur Jean-Baptiste, François MIGEOT

Né le 23 juin 1992 à Nancy en Meurthe et Moselle (54)

**COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX REAGISSENT-ILS AU
SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ? QUEL EST LEUR PARCOURS
DU DIAGNOSTIC DU BURNOUT A SA PRISE EN CHARGE ?
ETUDE QUALITATIVE REALISEE AUPRES DE 11 PRATICIENS ALSACIENS**

Président de thèse : Madame le Professeur Maria GONZALEZ

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne BERTHOU



FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- **(2001-2011)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)

DOLLFUS Hélène

Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0188	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabli P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / PO218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatodigestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IG BMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IG BMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IG BMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

Lc

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B. P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Le Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur GONZALEZ, merci d'avoir accepté d'être la présidente de mon jury de thèse. Je vous remercie aussi de m'avoir aidé à mettre en place la méthodologie de ce travail. Merci d'avoir pris le temps de me recevoir et de m'avoir permis de réaliser ce projet.

A Madame le Docteur BERTHOU, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci Anne pour toute l'aide que tu m'as apportée pour réaliser ce travail, de la conception du guide d'entretien à la relecture. Tes conseils sur le cheminement d'une thèse et sur le travail qualitatif ont été précieux. Et je te remercie aussi beaucoup pour la tutrice que tu as été pour moi. Tu nous as proposé un enseignement varié et concret, tu nous as aidés à progresser, et tu as toujours su être à l'écoute, surtout lors des périodes de doute que j'ai pu avoir durant mon internat.

A Messieurs les Docteurs ROUGERIE et GUILLOU, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'espère que ce travail pourra apporter un petit quelque chose aux médecins qui en ont besoin, comme vous le faites avec la commission bien être.

A tous les médecins qui ont accepté de me donner leur témoignage, un grand merci. J'espère que ce travail sera à la hauteur de votre courage et qu'il permettra d'aider nos confrères à trouver des solutions face au Burnout.

A tous les Professeurs et Docteurs des facultés de Médecine de Strasbourg et de Nancy, merci de m'avoir enseigné cette discipline. Une pensée particulière à ceux et celles qui l'ont fait avec respect et humilité, et qui m'ont transmis leur passion pour la médecine.

A tous les membres des élus étudiants de Nancy et du syndicat des étudiants de Strasbourg, un grand merci pour votre dévouement et votre implication, alors que votre voix n'est que trop rarement entendue par les institutions.

A notre groupe de tutorat, merci pour ces échanges et ces repas partagés. Je remercie également mes cotutrices : **le Docteur Anahita GHOBADI** pour son enseignement et sa jovialité, et **le Docteur Camille LEPINE** pour ses formations et l'aide qu'elle m'a apportée pour réaliser ce travail.

A tous les médecins et collègues qui m'ont formé à la médecine générale, merci de m'avoir aidé à acquérir ces compétences. Un merci en particulier à l'équipe de Médecine 2 de Saverne qui restera un très grand souvenir de mon internat.

A tous les médecins que j'ai remplacés, merci de m'avoir épaulé et de m'avoir fait débiter ce métier dans de bonnes conditions. Une pensée en particulier à toute l'équipe de Schwin qui va me manquer.

A mes parents, merci pour tout ce que vous m'avez appris. Merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées, merci de m'avoir donné l'envie de réussir, de m'avoir donné goût à la culture, au sport et à la médecine.

A ma sœur Marie, merci pour cette fraternité qui nous unit depuis tant d'années. Je te remercie de m'avoir guidé, de mes premières bêtises à aujourd'hui. Et merci à mon beau-frère **Aurélien** et à ma nièce **Cécile** d'apporter humour et sourires dans ma vie.

A mes grands-parents de Vittel, merci d'avoir toujours été là pour moi et notre famille. Merci pour tous ces voyages, ces tartes aux framboises et ces moments de joie partagés avec les cousins. Vous êtes un modèle de réussite et d'humilité que je n'oublierai jamais.

A mes grands-parents de Liverdun, merci mamie pour toutes ces choses que tu m'as apprises merci de m'avoir aidé pour mes devoirs de maths et de m'avoir raconté l'histoire de notre famille. Merci papy pour ce que tu as fait pour moi. Merci de m'avoir offert un toit durant mes études de médecine. Et j'espère que mes patients m'apprécieront autant qu'ils t'ont apprécié.

A Lisbeth, merci pour tout ce que j'ai appris à tes côtés, et pour l'aide que tu m'as apportée. Merci aussi pour ce sens de la famille que tu m'as transmis.

A Geneviève, merci d'avoir été là pour moi pendant de nombreuses années. Merci d'avoir veillé sur moi et de m'avoir aidé à grandir.

A ma marraine Agnès, merci pour le soutien que tu m'as apporté, y compris dans les années difficiles. Ton écoute et tes conseils m'ont été très précieux.

A Caroline et Jean-Marc, merci pour ces cours d'imagerie et ces conseils que vous m'avez donnés. Une pensée particulière à toute la famille.

A ma belle famille, merci d'avoir pris le temps de me comprendre et de m'avoir accueilli à Laneuveville et en Algarve.

A Jasmine, merci de m'avoir pardonné d'avoir écorché ton prénom il y a tant d'années, car ce fut le départ d'une amitié inestimable. Merci pour tout ce que nous avons fait ensemble, pour ces heures de discussions, ces danses, ces soirées, et merci pour le soutien que tu m'as apporté dans les moments difficiles. Une pensée également à tes parents qui 'mont toujours très bien accueilli.

A Justin, merci pour cette belle amitié que nous avons tissée il y a longtemps et que nous avons maintenue malgré la distance. Toujours plus grand que moi, tu ne m'as jamais dévalorisé. Merci pour ces après-midis entre copains, cette belle complicité au hand, et ces cuisses de grenouilles que tes parents m'ont toujours offerts avec grand cœur.

A Gaëtan, merci pour l'immense partenaire que tu as toujours été pour moi, et pas qu'en double au tennis. Merci pour toutes ces challenges que nous avons vécus ensemble, dans le sport, la vie et les études. Merci pour ton soutien quand ce fut difficile en prépa à tes côtés. Je remercie aussi tes parents pour leur bienveillance. **Delphine** je te remercie de me le laisser de temps en temps dans les années à venir.

A Rémi, merci pour cette complicité de la première heure. Pour ce sens de la gagne qui m'a fait vibrer au baby et rager au tarot. Merci à toi et **Marion** pour toutes ces randos que nous avons parcourues, pour toutes ces aventures que nous avons déjà faites et qui en appellent d'autres. **A Tom, Amandine, Luc et Fanny**, merci à vous pour ce groupe formidable que nous avons créé. Il m'a fait grandir et fut source de réconfort et de motivation tout au long de mes études de médecines. Merci aussi pour votre soutien, vous qui m'avez vu galérer à vos côtés en prépa.

A Rémi Leclerc, mon premier binôme de P1, merci pour cette motivation sans faille à la BU.

A Alexandre, merci pour ce duo mémorable que nous avons formé pendant l'externat. Merci pour cette complicité à la fac, en stage et sur les terrains de foot. Une amitié digne d'une coupe du monde.

Aux Avengers, avec qui nous avons préparé l'ECN, merci pour ce travail réalisé et ces soirées pour décompresser. **A Wonder**, merci pour tout ce que nous avons partagé. Merci pour ton écoute, ton soutien, ta séance de body pump, et ton amitié héroïque.

A Simon, Alix, Armand, Camille, Gaëtan, Alice, Charles et Isaline, merci pour ces moments partagés depuis l'externat à Nancy. Une pensée particulière aux footeux de la D4, et aux bosseurs du dimanche qui m'ont fait garder le moral pendant cette année de concours.

A tous les amis rencontrés en Alsace, Luc, Emilie, Flavien, Sophie, Stan, Flore, Servan, Charmène, Laure, Manon, Jonathan, merci pour toutes ces randos dans les Vosges, ces soirées jeux de société, et ces soirées karaoké.

Et bien sûr **un grand Merci à Emilie mon épouse**, qui m'a accompagné avant même que je ne commence Médecine. Tu as toujours été là pour moi pendant mes études, que ce soit dans les moments de joie, ou dans les moments de doute. Tu m'as aidé à grandir en médecine et dans la vie. Un grand merci pour le bel internat que j'ai vécu grâce à toi. Celui-ci étant terminé, je suis impatient de construire de nouveaux projets à tes côtés.

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	15
REMERCIEMENTS	16
LISTE DES ABREVIATIONS	20
INTRODUCTION	23
MATERIELS ET METHODE	27
1) Choix de la méthode qualitative	27
2) Constitution de l'échantillon	29
3) Description de l'échantillon	32
4) Réalisation du guide d'entretien	34
5) Collecte de l'information	36
RESULTATS	37
1) Les facteurs de risque subjectifs de l'épuisement professionnel	37
a) Les facteurs liés à la perception de la médecine générale	37
b) Les facteurs liés au stress permanent engendré par le caractère libéral	41
c) Les facteurs liés à la situation actuelle de la médecine générale libérale	45
d) Les facteurs liés à la façon d'exercer le métier	47
e) Les facteurs liés à l'installation initiale	49
f) Les facteurs liés aux difficultés de changer d'organisation au cabinet	52
g) Les facteurs liés au surinvestissement professionnel	55
h) Les facteurs personnels	57
i) Les facteurs liés à certains traits de caractère	59
j) Les facteurs liés à des problèmes judiciaires	60
k) Le COVID, nouvel élément déclencheur ou synthèse des précédents	61
2) Comment parvenir au diagnostic	68
a) L'absence de constat personnel, et la nécessité d'une intervention extérieure	68
b) La constatation personnelle des symptômes	70
c) Les prérequis nécessaires à la progression vers le diagnostic	75
d) Un diagnostic difficile à accepter	76

3) A qui s'adresser	78
a) Au conjoint	78
b) A des collègues	79
c) A des professionnels	81
d) A un service d'écoute dédié	83
4) Prises en charge initiales	85
a) La psychothérapie	85
b) La thérapie médicamenteuse	88
c) L'arrêt de travail	89
d) Les aménagements personnels pendant l'arrêt de travail	92
5) Changement d'organisation et de mode de vie	93
a) Sur le plan professionnel	93
b) Sur le plan privé	107
6) Limites des prises en charge	111
a) En phase de traitement	111
b) En phase de prévention de rechute	118
DISCUSSION	127
1) Résultats quantitatifs secondaires	127
2) Forces et faiblesses	128
3) Comparaison des résultats avec les données de la littérature	130
CONCLUSION	153
ANNEXES	157
1) Maslach Burnout Inventory	157
2) Copenhagen Burnout Inventory	159
3) Questionnaire initial envoyé par mail à tous les médecins généralistes d'Alsace	160
4) Mail adressé au praticien après autorisation donnée à mes cointernes	161
5) Mail adressé aux médecins ayant répondu au questionnaire	162
6) Guide d'entretien	163
7) Fiche conseils de PAMQ	164
BIBLIOGRAPHIE	165

LISTE DES ABREVIATIONS

- AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux
- AAPMS : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants
- APSS : Association Pour les Soins aux Soignants
- ARENE : Association Régionale d'Entraide du Nord Est
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASRA : Aide pour les Soignants en Rhône Alpes
- ASSPC : Association Santé des Soignants de Poitou-Charentes
- CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
- CBI : Copenhague Burnout Inventory
- CDOM : Conseil Départemental de L'Ordre des Médecins
- CIM-10 : 10e révision de la Classification statistique Internationale des Maladies
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- DPC : Développement Professionnel Continu
- DMG : Département de Médecine Générale
- DSM 5 : 5e édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EAPH : European Association for Physicians Health
- ERMB : Entraide Régionale des Médecins de Bretagne
- IFOP : Institut Français d'Opinion Publique
- HDJ : Hôpital De Jour
- ISNAR IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
- MBI : Maslach Burnout Inventory
- MOTS : Médecin, Organisation, Travail et Santé
ou Organisation du Travail et Santé du Médecin

- MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- MSU : Maitre de Stage Universitaire
- PAIMM (Catalogne) : Programme d'Attention Intégrale aux Médecins Malades
- PAMQ : Le Programme d'Aide aux Médecins du Québec
- PASS : Programme Aide Solidarité Soignant
- ReMed : Réseau de soutien pour Médecins (Suisse)
- SPS : Soins aux Professionnels de la Santé
- SYNGOF : Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France
- URMLA : Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace
- URPSML : Union Régionale des Professionnels de Santé et Médecins Libéraux
- URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales

INTRODUCTION

Selon la Haute Autorité de Santé, « L'épuisement professionnel (équivalent de Burnout en anglais), se traduit par un épuisement physique et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel. »

Le premier à avoir parlé d'épuisement en lien avec le travail est le psychiatre Français Claude WEIL en 1959. Il soulignait déjà que ce n'est ni le sujet, ni le contexte qui est responsable de la situation, mais plutôt qu'il existe un déséquilibre entre les deux.

Le terme Burnout est lui né en 1974 aux Etats Unis, par l'intermédiaire du psychiatre Allemand Herbert FREUDENBERGER. Il a constaté que les soignants de son service, qui prenaient en charge des patients souffrant d'addiction, présentaient progressivement des signes d'épuisement moral et physique et des troubles émotionnels, jusqu'à n'être qu'un corps sans âme, tel un immeuble qui aurait brûlé de l'intérieur : « En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ». Cette évolution se faisait en quatre phase décrites par le modèle d'EDELWICH et BRODKY : un enthousiasme idéaliste avec surengagement, puis les premiers coups d'arrêts entraînant des troubles relationnels avec ses collègues et sa famille, suivis d'une phase de frustration avec un sentiment de manque de reconnaissance et d'incompétence, et enfin une phase d'apathie avec résignation, indifférence et perte de perspective.

En 1980, la psychologue Christina MASLACH définit le Burnout comme une association progressive de 3 éléments : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et la diminution de l'accomplissement personnel. Selon elle, lorsqu'un soignant s'investit de façon trop importante pour ses patients, cela entraîne un épuisement émotionnel, puis physique. Une réaction protectrice se met alors en place avec une perte d'empathie, une indifférence, voire

un cynisme envers ses patients, au point de les considérer comme des objets. Le soignant prend ensuite conscience qu'il s'éloigne de ses objectifs initiaux et de ses idéaux, d'où un manque d'épanouissement professionnel à l'origine d'une dévalorisation de soi. Le Docteur MASLACH va notamment travailler avec des patients issus de trois milieux différents (les professionnels de santé, les professionnels du domaine social, et les enseignants), et établir une échelle diagnostique appelée MBI pour Maslach Burnout Inventory (ANNEXE 1). Cet outil de 22 questions permet d'évaluer le degré d'atteinte de chacune des trois dimensions. Il est aujourd'hui plutôt utilisé pour évaluer la sévérité d'un Burnout, et semble plus spécifique au monde du travail Américain. En termes de diagnostic, on préfère utiliser en Europe le CBI (Copenhague Burnout Inventory) comprenant 19 questions (ANNEXE 2). Ce dernier étudie 3 éléments : l'épuisement personnel, l'épuisement professionnel et l'épuisement relationnel. Il est nécessaire d'avoir au moins deux domaines atteints pour être considéré en Burnout.

En 2016 l'académie de Médecine a décrété que l'épuisement professionnel n'était pas une maladie. Il n'est à ce jour pas considéré non plus comme une maladie dans le CIM 10 ni dans le DSM 5. C'est un syndrome d'installation progressive, regroupant des symptômes (130 répertoriés) touchant les 3 composantes :

- Epuisement émotionnel : Anxiété, tristesse de l'humeur, anhédonie, irritabilité, troubles de la mémoire et de la concentration. Amenant à des symptômes physiques tels que l'asthénie, troubles du sommeil, de l'alimentation, céphalées, vertiges, troubles musculo-squelettiques et gastro-intestinaux.
- Dépersonnalisation : repli sur soi, agressivité, diminution de l'empathie, hostilité à l'égard des collaborateurs, cynisme.
- Diminution de l'accomplissement personnel : baisse de motivation, perte des idéaux, désengagement progressif, remise en cause de ses compétences, dévalorisation.

Le Docteur Belge Michel Delbrouck décrit lui en 2011 trois stades du Burnout des soignants (1). Le premier stade présente un praticien irrité avec des émotions inadaptées. Le second un professionnel en position défensive (voire agressive), cynique, avec une perte d'efficacité et un allongement du temps passé au travail. Et en troisième un soignant déconcentré, en plein doute sur ses compétences, présentant un syndrome dépressif, une addiction, des problèmes conjugaux ou des idées suicidaires.

Quelques études ont été réalisées ces dernières années pour essayer d'apporter des chiffres à l'épuisement professionnel des médecins. La plus récente est l'enquête Medscape publiée en 2020 réalisée auprès d'un millier de médecins Français (2). 49% d'entre eux disaient présenter des symptômes de Burnout et 14% de ces derniers (soit 7% en tout) disaient présenter une forme sévère au point de vouloir changer de métier. Les médecins généralistes libéraux seraient encore plus nombreux à vouloir quitter la profession. Lors de la conférence internationale sur la santé des médecins de 2012 (31), les Docteurs Galam, Mouries et Fumey, avançaient des chiffres encore plus élevés pour ces praticiens libéraux : 60% d'entre eux seraient menacés par le Burnout, et un sur dix serait en détresse psychologique (chiffre pouvant même augmenter en fonction des régions). 2 à 4 % auraient déjà présenté des idées suicidaires. Selon l'enquête Medscape de 2020 sur les médecins en général, le Burnout est significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (56% contre 44%) et la génération des 40-54 ans serait la plus affectée. L'étude du Dr DUSMESNIL publiée en 2009 dans le journal Santé Publique (3), mettait en avant certains facteurs de risque du Burnout spécifiques au métier de médecin généraliste libéral : une durée hebdomadaire de travail élevée, la charge mentale importante, la prise en charge des patients en fin de vie, les attentes irréalistes des patients, la remise en cause de ses compétences par ces derniers, les contentieux judiciaires et les conflits travail-famille.

Le nombre d'études sur l'épuisement professionnel des médecins a grandement augmenté depuis une vingtaine d'années, notamment à propos de ses facteurs de risque. Les institutions, et même le grand public depuis la crise sanitaire, ont pris conscience de ce phénomène. Mais la prise en charge de cette pathologie chez ces patients si particuliers reste encore floue. Il a fallu attendre 2005 pour voir apparaître le premier numéro vert destiné aux médecins d'Ile de France en souffrance psychologique. Plusieurs associations similaires ont ensuite vu le jour dans d'autres régions, et le Conseil National de l'Ordre des Médecins a depuis 2018 regroupé ces organismes afin de proposer une aide à tous les professionnels de santé Français par le biais d'un accès unique. Mais qu'en est-il en pratique pour le médecin généraliste libéral qui est en train de faire un Burnout ? Comment réagit-il réellement quand il est épuisé, cynique et dévalorisé, et que sa santé est menacée mais qu'il a son cabinet et sa patientèle à gérer ? Vers qui ce médecin de ville se tourne-il et que met-il en place concrètement pour essayer de s'en sortir ?

Je n'ai pas trouvé de réponse évidente à ces questions dans la littérature. J'ai donc choisi de rencontrer des médecins généralistes libéraux ayant souffert d'épuisement professionnel pour avoir leur témoignage et connaître les réponses concrètes qu'ils avaient apportées. Cette étude qualitative essayera de répondre à la question suivante : Comment les médecins généralistes libéraux réagissent-ils au syndrome d'épuisement professionnel ? Quel est leur parcours du diagnostic du burnout à sa prise en charge ?

MATERIELS ET METHODE

1) Choix de la méthode qualitative

Cette étude est une étude qualitative, basée sur des entretiens individuels.

Comment les médecins généralistes font-ils pour se sortir d'un Burnout ? Voici la question à l'origine de mon travail de thèse. Etant donné qu'il n'existe pas de prise en charge standardisée en France de cette pathologie pour cette population particulière, il me semblait intéressant de travailler d'abord sur la recherche des différentes prises en charge possibles, avant de les quantifier ou de les comparer. Le but de mon travail était donc de recenser les différentes prises en charge concrètement utilisées par les médecins généralistes libéraux en épuisement professionnel.

Pour cela, j'ai rapidement été orienté vers le modèle qualitatif. En effet les études qualitatives sont les plus adaptées pour analyser des comportements et des expériences vécues. Elles ont pour but d'aider à comprendre des phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. Il ne s'agit pas de quantifier des comportements mais de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions, en recueillant des données subjectives, les plus exhaustives possible.

Etant donné le thème abordé, le choix d'entretien individuel a été fait. En effet, c'est un sujet sensible, intime, encore tabou et peu abordé dans le domaine médical. Il me semblait préférable de réaliser des entretiens individuels, plutôt que de demander aux praticiens de témoigner devant des confrères qu'ils auraient pu connaître. Le sujet était trop sensible pour pouvoir être abordé sans anonymat vis-à-vis des autres participants.

Enfin, j'ai décidé de réaliser des entretiens semi dirigés, c'est-à-dire avec un entretien guidé par une liste préétablie de questions ouvertes. Cette méthode était la plus adaptée car les questions ouvertes permettaient d'obtenir des réponses exhaustives, sans être trop influencées par l'investigateur. De plus, la grille de questions pré établies permettait de recentrer les entretiens en cas de dérive trop étendue. Elle servait aussi à aborder l'aspect

personnel du sujet de façon progressive. C'est-à-dire que les premières questions ouvertes servaient à présenter le contexte du Burnout et à instaurer un climat de confiance, alors que les suivantes étaient plus personnelles et plus difficiles à aborder.

De manière plus théorique, ce travail de thèse entre plutôt dans la catégorie de la phénoménologie. Il cherche à identifier et analyser les expériences vécues par l'individu. Il est plus courant de réaliser des entretiens approfondis dans ce type d'étude, avec une population ciblée. C'est le cas ici avec une étude de cas voire une analyse de biographie. Classiquement on réalise ensuite une analyse thématique via un codage par unité de sens.

2) Constitution de l'échantillon

La difficulté principale de mon travail a été de trouver des sujets. J'ai rapidement dû faire face à deux problématiques : Tout d'abord, comment savoir quel médecin a souffert d'épuisement professionnel alors que c'est un sujet tabou dans notre spécialité ? Et ensuite comment faire pour que ce médecin accepte d'en parler ?

J'ai choisi de travailler sur une population limitée au niveau régional. Originaire de cette région, il me semblait judicieux de travailler avec des médecins locaux, pour retranscrire la prise en charge la plus authentique possible. Je me suis donc limité à l'Alsace. Ensuite, j'ai décidé de me limiter aux médecins généralistes parce que c'est ma spécialité. Ce sont les spécialistes que j'ai le plus rencontrés au cours de mes études, et c'est le métier que je souhaite exercer dans l'avenir. Enfin, je me suis intéressé uniquement aux médecins généralistes libéraux, car je supposais qu'ils étaient plus isolés et moins encadrés que les médecins salariés, rattachés à une médecine du travail.

Les médecins devaient avoir une activité de médecine générale libérale (au moins partielle). Et ils devaient avoir présenté un épuisement professionnel alors qu'ils exerçaient en tant que médecin généraliste libéral. Il est possible qu'ils aient changé d'activité depuis cet épisode, ou qu'ils soient désormais en retraite. Par ces critères, je pouvais cibler des médecins qui avaient changé d'activité ou pris leur retraite, et pas uniquement des médecins généralistes libéraux qui soient encore en activité.

Finalement ma population cible était définie par : un médecin ou ancien médecin généraliste, Alsacien, qui a présenté un épuisement professionnel alors qu'il exerçait une activité libérale, au moins partielle. Donc des sujets de 28 à 100 ans, homme et femme.

Afin de recueillir les données les plus variées et les plus larges possibles, il fallait que je touche des sujets différents. Pour ce faire, j'ai décidé de réaliser dans un premier temps un questionnaire très court, avec 8 questions fermées (ANNEXE 3). J'ai diffusé ce questionnaire à tous les médecins généralistes libéraux Alsaciens possibles. Le diffuseur le plus adapté était

une diffusion par mail via la newsletter de l'union des médecins libéraux. En effet, l'union possède les contacts de 1062 médecins généralistes libéraux Alsaciens en activité, et de 27 médecins retraités. Sans être complètement exhaustif, cette diffusion permettait de toucher des sujets différents au sein de cette population. Et c'était l'objectif puisque le but de ce questionnaire était surtout de dépister les médecins ayant fait un burnout, de pouvoir identifier des profils différents, afin de pouvoir dans un second temps sélectionner des sujets aux profils variés pour leur proposer un entretien. Avec l'accord du président de l'association ARENE, j'ai laissé les coordonnées de l'association en fin de questionnaire pour apporter un contact aux médecins qui en auraient besoin.

Le questionnaire a été diffusé par l'Union le 6 Mars 2020. Préférant que ce soit le médecin qui me contacte, je n'ai pas imposé de donner son mail pour pouvoir remplir le questionnaire. J'ai obtenu 61 réponses au questionnaire mais malheureusement aucun médecin ne m'a contacté afin d'organiser un entretien.

Devant le nombre insuffisant de réponses, j'ai décidé en août 2020 de changer de mode de recrutement. J'ai constaté durant mes études, que les médecins ayant fait un épuisement professionnel et qui se sont confiés à moi, étaient mes maitres de stage. Je ne devais pas être le seul étudiant dans cette situation, et je suis donc parti du principe que les maitres de stage se confiaient à leurs internes à propos de leur Burnout. J'ai donc contacté mes cointernes de médecine générale en Alsace, et je leur ai demandé s'ils avaient été en stage chez des médecins ayant présenté un épuisement professionnel, et si oui, s'ils pouvaient leur demander la permission de me transmettre leur mail pour que je puisse les contacter à propos de mon sujet de thèse. Je contactais ensuite les médecins par mail en leur présentant mon sujet de thèse, et en leur demandant s'ils acceptaient de me donner leur témoignage lors d'un entretien semi dirigé. (ANNEXE 4)

A noter que j'ai parfois reçu ou entendu le nom de médecins ayant fait un Burnout, mais sans qu'ils puissent être contactés au préalable pour demander leur accord. Dans ce cas, je contactais le médecin par téléphone, et je lui présentais rapidement mon thème de thèse. Je

lui demandais s'il pouvait me donner son adresse mail pour pouvoir lui envoyer mon questionnaire de thèse. Ensuite, je lui envoyais un mail en lui présentant mon sujet, en lui demandant si cela le concernait et s'il acceptait de réaliser un entretien.

En tout, 14 médecins ont été contactés par cette méthode, dont 7 qui ont accepté de répondre à l'entretien, 2 refus et 5 sans réponse.

Devant une stagnation du recrutement, j'ai décidé en octobre 2020 de relancer le questionnaire initial, toujours via la newsletter de l'Union, mais en imposant cette fois-ci de laisser son mail pour pouvoir répondre au questionnaire. Cette relance a permis d'avoir 29 nouvelles réponses, avec adresse mail, dont 18 me disaient avoir fait un Burnout. Ces 18 médecins ont été contactés par mail individuel (ANNEXE 5), 5 ont accepté l'entretien, 1 a refusé, 12 n'ont pas donné de réponse. Parmi les 5 entretiens réalisés, 1 s'est avéré ne pas vraiment avoir fait de Burnout.

Ainsi, il y a eu au final 11 entretiens qui ont été conservés. 7 obtenus par la méthode de recrutement des maitres de stage, et 4 obtenus par la méthode du questionnaire.

3) Description de l'échantillon

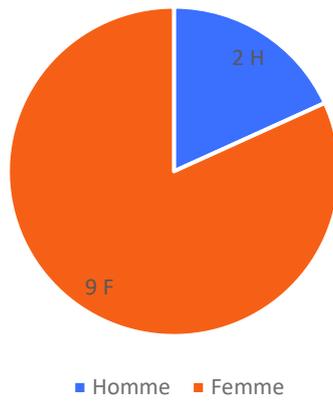
L'objectif de cette méthodologie était d'avoir des profils différents pour avoir des propositions et des expériences de prise en charge variées. Même si je n'ai pas eu autant de choix de sélection que prévu, mon échantillon final comprenait finalement des profils variés. Il existait à la fois une variété dans les conditions d'exercice au moment de l'épisode d'épuisement, mais également des formes de Burnout plus ou moins compliquées.

Mon échantillon comportait en définitive 11 sujets. 9 femmes et 2 hommes (Graphique 1). De 38 à 62 ans. Les conditions d'exercice étaient différentes (Graphique 2) puisque certains (2) travaillaient seuls, certains avec un associé (5) et d'autres (4) avec trois associés ou plus. Les cabinets étaient situés (Graphique 3) soit en zone urbaine proche d'un centre hospitalier universitaire ou régional (4), soit en zone semi rurale à environ 20 minutes d'un centre hospitalier (6), soit en zone rurale (1). Les patientèles étaient différentes, tantôt axées pédiatrie et gynécologie, tantôt gériatrie ; elles étaient globalement variées pour chaque médecin. Parmi les généralistes interrogés, 2 ont précisé travailler dans des quartiers défavorisés avec des patients présentant des barrières de la langue. La moitié des praticiens étaient maitres de stage et également la moitié d'entre eux disaient avoir une activité salariée complémentaire de leur activité libérale au moment de l'épisode de Burnout. Cet épisode avait eu lieu entre 2003 et 2020, correspondant à plusieurs années d'installation, entre 2 et 25 ans. Presque un tiers d'entre eux (3) parlaient de plusieurs épisodes, maximum 3. Les praticiens ont présenté des syndromes d'épuisement professionnel plus ou moins graves, allant de la remise en question seule sans nécessité d'arrêt de travail, à la tentative de suicide avec 1 an d'arrêt de travail.

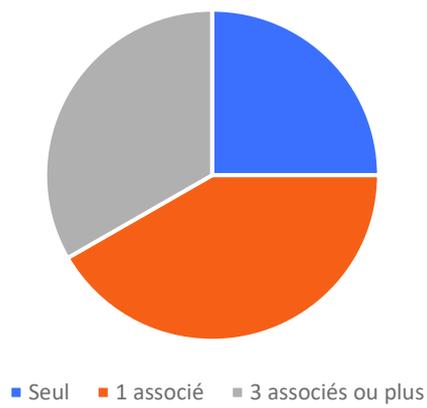
On peut noter qu'un seul praticien avait un médecin traitant autre que soi-même au moment du Burnout.

Enfin tous les sujets étaient mariés, parents de 0 à 4 enfants.

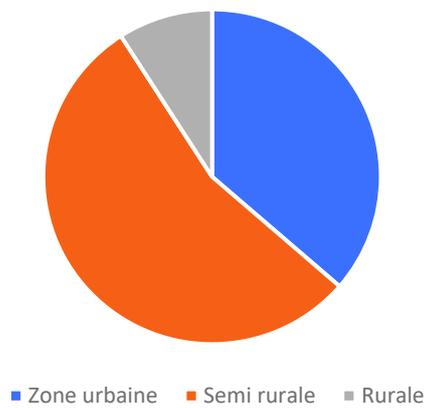
Graphique 1 : Sexe



Graphique 2 : Conditions d'exercice



Graphique 3 : Localisation du cabinet



4) Réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien comportait 11 questions ouvertes. (ANNEXE 6)

La première question était plutôt une question d'introduction. Elle n'était pas en lien avec la problématique principale de l'étude, mais elle permettait au praticien de se présenter. Cela aidait à comprendre le contexte et aussi à travailler un peu sur d'éventuels facteurs de risque ou facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel, même si ce n'était pas le but premier de ce travail. Cette question avait aussi pour intérêt d'aborder ce sujet sensible de façon plus progressive.

La seconde question avait deux objectifs. D'abord permettre au médecin d'évoquer ce qui pour lui correspondait à des facteurs de risque. Mais elle permettait aussi d'amener le sujet à se livrer sur son expérience de Burnout.

La troisième question était un peu plus directe. Elle servait déjà à m'assurer que le médecin avait bien fait un Burnout, comme décrit par la Haute Autorité de Santé. Si ce n'était pas clair, par exemple lorsque le diagnostic n'avait pas été posé par un confrère, je m'assurais que les 3 composantes étaient bien présentes au moment de l'épisode. Elle amenait aussi le praticien à raconter son expérience. Idéalement, je m'attendais à une réponse en deux temps, d'abord avec la phase progressive, puis les éléments déclencheurs qui amenaient à un épisode plus aigu et au diagnostic. Ce récit utopique n'était pas respecté à chaque entretien, et je devais parfois compléter ma question par « Y a-t-il eu un élément déclencheur qui a amené à poser le diagnostic ? » Finalement j'ai constaté au fur et à mesure des entretiens que les éléments chroniques et déclencheurs étaient souvent intriqués et qu'ils étaient très variables en fonction des sujets.

La quatrième question entrait cette fois-ci dans le vif du sujet. Elle me semblait être le point de départ de la prise en charge de la pathologie. A qui en parler pour essayer d'améliorer les choses ? Et pourquoi à cette personne ou au contraire pourquoi à personne ?

La question 5 me permettait de rentrer dans le détail de la prise en charge choisie par le médecin. Soit il en avait parlé à un spécialiste qui l'avait guidé dans la prise en charge, soit il n'en avait pas parlé et alors je tournais ma question différemment en demandant : « Et donc à ce moment où vous constatez que vous êtes en épuisement professionnel, que faites-vous pour vous en sortir » ?

La sixième question cherchait à obtenir le ressenti personnel de la prise en charge. Était-elle conforme aux attentes initiales du médecin ? Était-elle suffisante ? Aurait-il souhaité autre chose ?

La septième question a été rajoutée après les premiers entretiens, car l'aspect financier a rapidement été abordé comme une réponse à la question 6. Considérant cet aspect comme important je l'ai donc posée de façon systématique aux entretiens suivants.

La question 8 était un peu une relance de la question 5, même si initialement je cherchais à savoir si la prise en charge avait fonctionné. (Je n'insistais pas dans ce sens lors des entretiens car ce n'était pas l'objectif principal de l'étude, cela relèverait plutôt d'une thèse quantitative). Souvent les informations étaient redondantes avec les réponses de la question 5. Mais elles apportaient aussi des précisions complémentaires, comme par exemple des modifications d'organisation de travail personnellement apportées par le praticien, à distance de l'épisode de Burnout.

La question 9 était clairement une relance de la précédente. La seule différence c'est qu'elle incluait aussi les modifications de la vie privée dans la réponse.

La question 10 était au départ posée afin d'évaluer l'efficacité de la prise en charge du médecin, en tout cas de son point de vue. Même si la réponse était subjective, et que l'étude n'était pas construite pour conclure sur la réussite ou l'échec de la prise en charge, cette question incitait le médecin à parler des limites de sa prise en charge.

La question 11 avait plutôt un rôle de santé publique. Elle me permettait de présenter l'association ARENE au praticien.

5) Collecte de l'information

Les entretiens individuels ont été réalisés entre Février 2020 et Novembre 2020. 4 ont été réalisés en présentiel, et 7 par visioconférence. Dans 3 cas, le médecin était sur son lieu de travail et a été dérangé par le téléphone pendant l'entretien. Dans tous les autres cas, le médecin était à son domicile. Les entretiens ont duré en moyenne 50 minutes pour une durée d'enregistrement totale de 530 minutes.

Chaque entretien était enregistré, après avoir obtenu l'accord oral du sujet. Puis tous ont été retranscrits en intégralité. Les données ont ensuite été analysées puis regroupées en catégories, illustrées par des citations anonymisées.

A noter que le questionnaire de sélection initial a lui été réalisé via Google Forms, et que les données ont été classées et analysées via Microsoft Excel.

RESULTATS

L'analyse des entretiens a permis d'extraire un grand nombre de données. On peut en ressortir 5 thèmes principaux. Le premier présente les facteurs de risque de Burnout, perçus de manière subjective par les praticiens. N'étant pas la problématique principale de la thèse, il ne sera pas possible de conclure sur ce point, mais il est intéressant de les énoncer car ils influencent la prise en charge ultérieure. Le second thème est centré sur la reconnaissance et la pose du diagnostic, qui marquent le début de la prise en charge. Comment est-il posé et par qui ? Le troisième point énonce les différentes prises en charge expérimentées. Le quatrième recense les changements professionnels et privés engendrés par cette prise en charge, dans le but d'éviter une récurrence. Enfin, la cinquième thématique reprend les limites des prises en charge et les besoins subjectifs pour lesquels les médecins auraient aimé avoir une réponse lors de leur épisode d'épuisement professionnel.

1) Les Facteurs de risque subjectifs de l'épuisement professionnel

Lors des différents entretiens, les praticiens ont énoncé ce qui selon eux était à l'origine de leur épuisement professionnel. Si le terme « Plurifactoriel » a souvent été évoqué (*« Donc l'association oui parce qu'on ne partageait rien. Et le temps de travail important. Et le fait que j'ai des enfants difficiles. C'est un ensemble à mon avis ce n'est pas juste un seul élément. »*), il est possible de regrouper les éléments favorisant en 11 grandes familles.

a) Les facteurs liés à la situation actuelle de la médecine générale libérale

Au début de mes entretiens, je pensais que la quantité de travail serait un facteur de risque majeur de cette pathologie. En réalité, ce sont plutôt les conditions d'exercice qui sont mises en causes, dues à différents éléments :

- **L'un des premiers arguments évoqués, c'est la baisse de la démographie médicale générale. Elle entraîne une surcharge de demandes de soins, elle augmente la quantité de travail des médecins mais surtout elle oblige à réduire la qualité des soins, ce qui engendre une dévalorisation personnelle :** *« On se rend compte que l'on fait tout trop vite et du coup un peu moins bien. Par exemple quand on me demande un renouvellement de pilule, même si ça fait huit mois que je n'ai pas vu la patiente, théoriquement je devrais la revoir cliniquement, mais vu que je ne sais pas quand la caser, et bien je fais l'ordonnance et tant pis. Donc oui on a le sentiment que le travail n'est pas bien fait. Oui. Mais on fait quand même parce que... (souples), tant pis. Ouais... (souples) »*

Cette situation s'accroît avec le départ de confrères qui ne sont pas remplacés : *« Moi je me refuse à voir des choses qui ne sont pas des vraies urgences après 19 heures, mais il faut bien voir les patients. On a un collègue qui est parti, il faut bien voir ses patients, on ne peut pas les laisser tomber. On a aussi 4 départs en retraite cette année alentours qui ne seront pas remplacés, donc même si on n'est pas là pour tout absorber et prendre tout le monde, il y a quand même du boulot et des choses à voir le soir. »*

- **La dégradation globale du système de santé actuel est aussi considérée comme responsable. Il devient par exemple de plus en plus difficile d'hospitaliser un patient :** *« Hospitaliser un patient c'était compliqué et c'est toujours compliqué, d'ailleurs c'est ce qui m'a fait décompenser. J'ai eu trois refus d'hospitalisation en 24 heures, j'ai dû batailler alors que c'était des cas impossibles à gérer à domicile. Et ça c'est épuisant. »*

Le manque de spécialistes impose aux médecins généralistes de maintenir leurs patients plutôt que de les soigner : *« Je pense vraiment qu'il y a un contexte Mulhousien, les spécialistes il n'y en a plus, tu veux un dermato pour un cancer t'attends 6 mois, une coloscopie pour un Crohn tu ne l'a pas avant 2/3 mois, en fait tu*

maintiens les gens. J'essaye de faire mon métier correctement mais je me bats avec ces barrières, le manque de spécialistes, la difficulté d'un réseau complexe, j'ai beau essayer de faire des mails aux spécialistes, il y a un moment où ça bloque et je n'y arrive pas. »

Cette dégradation globale du système de santé Français entraine des cas plus lourds à gérer en ambulatoire, et le sentiment d'être le dernier maillon d'une chaîne qui s'écroule, sans pouvoir réagir : *« Non mais je peux te le dire, la population médicale elle va hyper, HYPER mal, on est un paquet à Mulhouse, et on le sait entre nous. Moi ça faisait déjà cinq ans que j'étais épuisée, et ça correspond au moment où l'hôpital ne gère plus, où on n'a plus accès aux spécialistes, les généralistes on en a 20 qui partent chaque année. Il y a une tension médicale ici ... On est tous dans le même état (rires) ..., mais on cherche des solutions, mais qu'est-ce que tu as comme solutions à ça, il n'y en a pas. On dépend d'un système qui est à bout de souffle, et on est le dernier maillon de la chaîne médicale. »*

- **L'attitude des patients aujourd'hui est aussi évoquée comme une cause de l'épuisement professionnel. Tout d'abord à travers la montée de l'exigence des patients, et leur manque de gratitude :** *« Il y a aussi la grande exigence des patients. Quand j'ai commencé j'étais très content de faire un peu plus que mon boulot. Par exemple de prendre le rendez-vous pour la petite mamie, ça me faisait plaisir de faire ça et de rendre service. Mais ce service est devenu quelque chose de normal, c'est devenu une exigence maintenant. Vous ferez si, vous ferez ça, c'est vous qui me prendrez le rendez-vous parce que je n'ai pas envie d'appeler ou parce que je ne suis pas capable de le faire. Et donc tout ce petit plus qui me faisait plaisir, maintenant on l'exige de moi et j'ai moins envie de le faire. Et si j'ai envie de faire quelque chose de bien, il faut faire encore plus. Et donc je me retrouve à faire beaucoup de travail de secrétariat, que je faisais de temps en temps par conviction et par plaisir, et maintenant c'est parce qu'on me le demande. Et on ne me le demande pas, c'est devenu mon*

boulot. Ça fait partie du package. C'est mon boulot de faire l'assistante sociale, de faire la secrétaire. De prendre le rendez-vous. Tout ce que je faisais avant pour aider, ça devient normal. Et donc pour faire quelque chose d'un peu plus sympa ou d'un peu plus poussé, il faut vraiment aller le chercher. Il faudrait presque faire les courses pour faire quelque chose de sympa pour le patient. Et si je le fais une fois, ça deviendra quelque chose de normal. Et la fois d'après il faudra que je passe à la pharmacie avant d'aller en visite pour ramener les médicaments. Et ça finira par devenir quelque chose de normal. Silence. Tout est dans cette nuance. Faire plaisir à quelqu'un c'est génial. Faire quelque chose pour ne pas se faire engueuler, parce que si on ne le fait pas on se prend une réflexion, ce n'est pas du tout la même chose, et pour le même boulot. C'est pas pareil d'éviter l'engueulade que d'avoir un remerciement. Alors que c'est le même travail pour nous. Et c'est ça qui me gêne le plus en ce moment. »

Puis à travers le manque d'investissement des patients pour leur propre santé, ce qui dé motive le médecin et l'épuise moralement : *« Le deuxième épisode c'est plutôt dans les années actuelles, et c'est plutôt lié à un problème relationnel. L'impression de temps en temps de travailler dans le vide. L'impression que je m'intéresse plus à la santé de mes patients qu'eux de la leur. Une espèce de délégation passive qui ne me posait pas trop de problème au début mais qui maintenant commence à me fatiguer un petit peu on va dire. L'impression que je passe beaucoup de temps, mais que ça ne les intéresse pas. Alors au début j'étais très motivé, en sortant de la fac en voulant faire les choses au mieux. Là j'ai plus tendance à m'énerver un petit peu et à me dire que s'ils n'ont pas envie, et bien c'est leur problème et pas le mien. Et ça m'ennuie parce que j'ai l'impression de ne plus trop me reconnaître. Et de ne plus reconnaître celui que j'étais il y a huit ans quand j'ai commencé mon boulot. Et donc c'est plus un épuisement moral. Je fais bien mon boulot, je suis organisé correctement, ma vie est très bien, mais la flamme a un peu diminué. Rires. »*

Et enfin à travers la montée du complotisme : *« Et il y a aussi les patients, ça je n'arrive pas à savoir si c'est ma perception qui change, ou si ce sont les patients qui*

ont changé. Mais on a de plus en plus de patients dans le complot, qui compliquent tout, qui remettent tout en doute, ça ça m'épuise aussi, (soupir), c'est dans le complot permanent, tout, tout, tout. Quand on met en place un traitement il faut discuter, moi je veux bien discuter mais une fois, deux fois, (soupir), ils ont vu un reportage, ils ont lu des trucs, mais pas les bons trucs. Ils ne se rendent pas compte qu'ils ont un bon système. »

Enfin, les médecins ont l'impression de se faire manger par les patients.

L'empathie est devenue risquée, voire pathologique :

« Il faut se protéger des gens parce qu'on se fait vampiriser. Vous connaissez les détraqueurs ? Et ben les patients c'est des détraqueurs, ça nous bouffe comme ça. Et ça il faut s'en protéger. L'empathie pathologique, ça ça m'a bouffé aussi. »

« Je pense qu'on se laisse manger aussi. Par le métier et par les gens aussi. Les gens ont changé. Il y a 25 ans ils n'étaient pas comme ça. »

« Il y a des patients c'est des vrais sadiques, ils adorent nous voir chercher, nous voir en difficulté. Le fameux je vous pose des problèmes hein docteur. »

« En gros, tu as trois patients par an qui t'envahissent. Et où tu es dans l'échec. Par exemple j'en ai une en ce moment qui m'appelle tous les jours. Et si elle m'appelle deux fois le même jour, ça fait une heure de pris juste pour elle. Et en fait ça c'est des gens qui t'envahissent complètement. Et pendant le Covid elle m'a même donné des palpitations. Tu sens qu'il y a un rejet. Tu en as quelques-uns comme ça dans l'année, tu te dis mais qu'est-ce que je vais pouvoir leur proposer, je ne sais plus, je suis nul. En fait t'es pas nul, mais il ne se passe rien. Et ça c'est un truc vraiment épuisant. »

b) Les facteurs liés à la perception de la médecine générale

J'ai relevé au cours de mes entretiens, que l'image de la médecine générale actuelle était un facteur important à l'origine de l'épuisement professionnel.

- **Pour les médecins eux-mêmes tout d'abord, avec la perception d'un métier constamment prenant, qui les suit au-delà des frontières du cabinet :**
« L'épuisement il est vraiment tout le temps là. Même quand tu es chez toi tu penses tout le temps au boulot et donc tu es épuisé. C'est vraiment différent d'un commerce ou tu laisses tes soucis au travail. »

Et un métier où il est considéré comme normal dans notre société de s'y investir totalement, surtout avec l'image et le discours de médecins plus âgés : *« Je pense que je me suis laissé entraîner dans ce système en voyant le travail que faisaient des collègues plus âgés, que c'était la seule façon d'exercer la médecine. Je prenais toujours des nouveaux patients, je disais oui oui oui, parce que la médecine c'est comme ça. J'ai grandi là-dedans parce que mon papa était médecin de campagne, et donc pour moi c'est normal de rentrer tard le soir, de n'avoir une vie de famille que le week-end. Et je ne me voyais pas travailler autrement, c'était la normalité. Mais je n'ai pas réussi à comprendre que lui pouvait le faire parce que c'est ma maman qui faisait tout le reste, qui élevait les enfants. Donc ça c'est peut-être un facteur de risque. »*

- **Et puis il y a le constat d'une discordance entre la façon de voir la médecine générale par les praticiens, et par les institutions :** *« Et je trouve que les pouvoirs publics ne se rendent pas compte. Ils ne prennent pas en compte, ni à l'hôpital, mais ça on le sait ; ni en ville, et encore moins en ville mais on le sait moins, du gros problème qu'il y a je pense. Et ils vont avoir un problème parce que tous les médecins qui sont formés, on se barre quoi ! »*

« J'ai un copain qui lui est très heureux de la médecine générale et qui ne compte pas changer. Mais lui il va dans le système en fait. Le système c'est voir plein de gens, en cinq-dix minutes, parce que c'est ça qu'ils voulaient dans leurs réformes. Donc il voit 40, 50, 60 patients par jour. Donc il voit beaucoup plus de monde que moi c'est sûr. Il bosse que deux jours et demi par semaine, c'est comme ça qu'il tient. Il a trouvé son équilibre, mais c'est juste que c'est... C'est pas cette médecine qui moi m'intéresse.

Voilà. L'ARS est très contente que leur maison médicale existe et fonctionne sur ce modèle. Parce que du coup ils ont moins de monde aux urgences. Mais on marche sur la tête, c'est pas ça pour moi la médecine. C'est pas ça que moi je veux faire comme métier, c'est pas ce qui me semble être bon comme idée de médecine, de la médecine libérale, de la médecine générale de famille, médecin traitant... »

« Ah non mais la loi qu'ils voulaient faire déjà avant le COVID c'était ça. On a le droit à un assistant de santé mais il faut s'engager et à voir au moins six personnes par heure. C'est formidable comme idée. Donc moi c'est pas vers ça que je veux aller c'est clair. »

Cette discordance de point de vue se retrouve également avec l'administration des établissements de santé : *« Et quand le nouveau directeur de l'EHPAD est arrivé c'était pire car il était vraiment incompetent. C'était un jeune, un administratif pur et dur. Qui ne pouvait pas gérer de l'humain. Et donc il y avait une incompatibilité que j'essayais tant bien que mal de résoudre alors que ce n'était pas mon rôle. Et ça m'a épuisé. Donc j'ai passé des nuits à essayer de trouver des solutions pour une équipe qui n'allait pas bien. Pourquoi ? Parce qu'une équipe qui ne va pas bien c'est qu'une équipe qui est maltraitante. Moi je voyais la maltraitance et donc j'arrêtais pas de faire des réunions, de bosser sur les troubles du comportement pour les aider à gérer. J'ai passé des nuits à bosser, je me suis épuisée, épuisée. Je le faisais parce que j'aimais les gens avec qui je travaillais, mais quelque part ce n'était pas mon rôle. Et on a fait croire que ça l'était. »*

« En fait je me battais avec le directeur en essayant de lui expliquer qu'il ne fallait pas nous donner des psychologues pour mieux travailler, mais de meilleures conditions de travail, humaines, parce que la violence est ... comment dire : Envoyer un psychologue aux équipes soignantes pour leur parler de maltraitance, c'est leur faire croire que c'est elles qui ne vont pas. Alors que c'était l'inverse. Ils inversaient la cause et la conséquence, et ça il ne voulait pas le comprendre. Et moi j'allais le voir tous les jours et on s'engueulait tous les jours. »

Au-delà de la perception de la médecine générale, il y a le sentiment de ne pas être défendu par les institutions ordinales, à l'origine d'un sentiment d'isolement : « *Pardon mais l'Ordre ne nous aide pas. Et s'il y a bien quelque chose qui aggrave le sentiment de solitude c'est l'Ordre. Ils sont là pour mettre du cautère sur une jambe de bois. Ils n'aident pas les médecins, ils ne les soutiennent pas. Ils ont une attitude qui est de ne faire pas de vagues, mais ils ne prennent pas position pour les médecins. Ils s'arrêtent derrière la liste des règlements sans se positionner vraiment, c'est impressionnant. Moi je ne veux plus rien savoir de l'Ordre et j'espère qu'ils vont sauter. Ce n'est pas possible d'avoir comme ça une espèce d'autorité obsolète et moyenâgeuse qui récupère des sous et qui n'est pas de notre côté. Et qui laisse faire des dérives au niveau scientifique, des dérives médicales. Et quand nous on se fait malmener par les patients ils ne sont pas de notre côté. Ils sont témoins, ils sont là, ils disent oui oui mais ils ne nous aident pas. Ils ne nous défendent pas. Et en fait c'est l'isolement... Parce que finalement qu'est-ce qui peut générer un burnout professionnel et uniquement professionnel ? C'est la charge de travail, le sentiment de pas bien faire, parce qu'on en a trop, trop et trop et trop, mais c'est quand même l'isolement. Le fait que l'on ne soit pas soutenu et que l'on soit tout seul. »*

- **Le regard des patients sur la médecine générale a aussi changé. Il existe un sentiment de dévalorisation de la médecine générale notamment à cause du tiers payant :** « *Et vous les prenez 30 minutes et à la fin ils vous balancent 2,50 €, parce que l'on fait du tiers payant social. Quelqu'un que l'on paye 2 €, ça n'a pas de valeur dans la tête des gens. Quand vous payez 2,50 € pour une consultation de 20 ou 30 minutes, où vous avez passé du temps à expliquer les choses, et bien ils reviennent parce qu'ils ont perdu leur ordonnance et il faut tout recommencer... (soupir), ils ne se rendent pas compte de ce que cela veut dire. Et quand ils vont chez un autre thérapeute et qu'ils payent 50 €, ça marche vachement mieux. »*

c) Les facteurs liés au stress permanent engendré par le caractère libéral

Médecin généraliste fait partie des métiers qui engendrent un stress constant, même en dehors des heures d'ouverture du cabinet. De par la responsabilité de médecin qui fait que l'on pense toujours à ses cas en rentrant chez soi, nous l'avons vu plus haut. Mais il existe également un stress constant, qui est lui lié au caractère libéral de l'exercice, et qui ajoute une pression mentale continue.

- **Les congés sont rapidement apparus comme un élément problématique dans mes entretiens. Il est en effet difficile de poser des congés pour un médecin généraliste, notamment pour les ceux qui ne veulent pas fermer leur cabinet, car il faut trouver un remplaçant. Et le problème des remplaçants est complexe car il existe non seulement une limite du nombre de demandes, mais il arrive aussi parfois que la façon d'exercer du remplaçant ne corresponde pas à celle du médecin installé. Il existe donc un stress constant de devoir trouver un remplaçant, et de préférence un remplaçant ayant la même conscience professionnelle :** *« La difficulté c'est le manque de généralistes qui ont envie de travailler, de s'installer ou de remplacer. Et ça pour moi c'est aussi une des causes de la tension mentale que l'on peut ressentir en tant que généraliste. De sentir que l'on dépend de nos remplaçants, mais que finalement des remplaçants il n'y en a pas. Et encore, moi me faire remplacer par un branquignol comme j'ai eu cet été, je préfère encore ne pas avoir de vacances. Tu vois avant on disait le médecin généraliste il a beaucoup de charge administrative ... Alors c'est vrai que les dossiers MDPH, les courriers, les invalidités ... c'est vrai que ça prend du temps, c'est difficile. Mais pour moi ce n'est pas ça qui pèse le plus. Surtout maintenant que je n'ai plus de remplaçant valable parce que ma remplaçante est devenue mon associée. On sait aussi que plus de remplaçant, c'est plus de repos. Tu vois c'est cette pression-là de se dire attends je bosse comme un malade et si ça se trouve j'ai même plus de remplaçant derrière. Moi*

c'est plus ça qui me fait du mal. Une pression mentale qui pourrait être à l'origine d'un nouveau moment de détresse. [...] Et maintenant je prends encore plus conscience que de pouvoir compter sur un remplaçant c'est énorme. Moi je veux bien bosser comme une dingue mais si je sais que derrière je peux me reposer correctement. On est dépendant de ça en fait. Dépendant d'un truc qui est presque ingrat maintenant ! De trouver un jeune qui veut bien bosser quoi ! Bref la pression mentale là-dessus pour moi elle est énorme, et ça fait partie des critères de récurrence du Burnout. »

Il est difficile pour certains médecins de trouver des remplaçants, même en étant maîtres de stage : *« Et bien moi je ne trouve pas que ça aide. On a des supers stagiaires. Qui apprécient le stage. Mais on est trop loin de Strasbourg et ils ne restent pas. Aucun des internes qu'on a eu n'est venu remplacer chez nous. On a demandé s'il fallait qu'on change quelque chose mais ils nous ont répondu que non, c'était très bien mais trop loin. Les remplaçants que l'on trouve ce sont des gens du coin. »*

Outre le souci des remplaçants, il y a un autre élément qui perturbe les congés des libéraux, c'est la peur de s'absenter trop longtemps et d'appréhender la charge de travail qui s'accumule : *« Et après il y a un gros problème sur les remplacements. T'es tranquille pendant une semaine, mais si tu pars deux c'est la galère totale. Même si tu as eu un bon remplaçant. Car quand tu reviens il faut tout reprendre. Et par exemple mon remplaçant à la Toussaint qui est pourtant expérimenté il ne m'a rien scanné. Et donc quand tu reviens tu as tout à rattraper. Donc partir souvent, j'aurais peur d'être trop en galère... »*

- **Il existe un autre point de stress continu, c'est l'angoisse de voir l'organisation en place, qui est fragile, s'effondrer à cause d'un tiers. Cela peut concerner par exemple le départ d'un associé :** *« Une des causes pour lesquelles je ne me sentais pas bien, c'est le fait que mes trois collègues vont partir à la retraite en même temps. Et moi je suis toute seule et je ne pourrai pas tenir toute seule. Et je ne sais pas comment on va faire pour retrouver des repreneurs. Tu vois bien toi, vous n'êtes pas*

très nombreux en vrai. Mes SASPAS, il y en a un qui est reparti à Strasbourg, un autre qui va peut-être s'installer ailleurs, le troisième il part en Suisse. Donc tu vois... On n'a pas de repreneur encore. J'ai mon collègue au bout du couloir il a 1800 patients ça va nous retomber dessus. Et ça c'est stressant pour moi vraiment. »

Ou le départ du remplaçant régulier : *« On pense toujours avoir trouvé une solution, sur le moment c'est super, mais on sait très bien dans un coin de notre tête que ce n'est pas une situation pérenne. On savait tous les trois mois quand on renouvelait les contrats que cela pouvait arriver, qu'elle pouvait partir. »*

« C'est peut-être aussi pour ça que je craque en ce moment, c'est parce que ma remplaçante régulière du mardi va partir dans 2 mois. Donc j'appréhende la période hivernale. Et il ne faut pas que je reprenne le travail le mardi, j'ai promis que je ne le ferai pas. Rires. Mais je ne suis pas totalement sereine par rapport à ça, car je sais que mes collègues vont avoir beaucoup de travail. Il faut que je trouve une solution, il faut que l'on trouve une solution, clairement. »

Ou le départ de la secrétaire du cabinet : *« Et puis j'ai une de mes secrétaires qui a fait un Burnout. C'était celle avec qui je m'entendais le mieux. Donc c'est moi qui m'en suis occupée. Ca m'a fait beaucoup de peine quand elle est partie. Et c'est moi qui me suis occupée de trouver une autre secrétaire aussi. Donc j'ai eu beaucoup de choses à faire. (Silence). Et je crois que mes collègues ne s'en sont pas rendu compte. »*

d) Les facteurs liés à la façon d'exercer le métier

L'épuisement professionnel peut être lié à la façon qu'a chaque médecin d'exercer son métier. Que ce soit par ses choix d'exercice spécifique, ou ses choix d'organisation du cabinet. Il y a aussi des cas où le problème réside dans la difficulté d'organiser les obligations des médecins.

- **Il y a des choix d'exercice qui sont faits volontairement, mais qui finalement à posteriori sont considérés comme à risque d'épuisement professionnel. Parmi eux, il y a la volonté de travailler en consultation libre :** *« C'était plus par rapport*

au rythme de travail et le fait d'être en consultation libre avec une salle d'attente blindée. De consulter à la chaîne, de dépasser les horaires. Donc c'était plus la quantité de travail qui ne me permettait pas de faire mon travail comme j'aimais. J'avais l'impression de ne pas bien travailler et de travailler trop. Et ça pour moi c'est assez rédhibitoire. »

On peut noter dans le même domaine, le choix de faire ses visites avant les plages de consultation au cabinet : *« De nouveau des visites en début d'après-midi puis reprise de la consulte à 16h. Mais ça c'est extrêmement stressant, parce qu'il faut revenir à l'heure. Les gens ils t'attendent, ils se demandent si tu es là... »*

Ou alors le choix de gérer soi-même le téléphone : *« Avant ils m'appelaient tout le temps pour des bêtises du genre : le comprimé bleu il est bleu pâle enfin voilà. Donc j'avais une espèce de harcèlement permanent au téléphone. Ce qui fait que l'on ne peut pas se concentrer sur les dossiers. »*

« Moi en tout cas j'aurais bien pris une secrétaire téléphonique à distance au moins pour prendre les appels. Parce que quand le téléphone ne sonne pas tu te rends compte que c'est hyper confortable. »

Parfois le risque est pris d'une autre manière, avec un choix de patientèle spécifique : *« Après il y a des jours où c'est compliqué mais c'est compliqué aussi parce que j'ai des patients lourds. J'aimerais bien de temps en temps faire du renouvellement de pilule parce que ça c'est facile. Rires. Mais moi mes patients ils sont plus lourds, ça prend du temps ils ont beaucoup de pathologies. Ça me pompe beaucoup d'énergie mais c'est intéressant. »*

- **Parfois, même quand les choix d'exercice correspondent au médecin, il existe des éléments qui sont difficiles à placer dans une journée. Il s'agit souvent des obligations du médecin généraliste libéral, que le praticien assume par conscience professionnelle, mais en en payant le prix. On notera par exemple les urgences du soir à gérer :** *« Il y a des urgences à voir après 18h. Les douleurs*

thoraciques on est équipés on doit les voir, on n'y arrive toujours et je ne veux pas commencer à balancer tout aux urgences. »

« Ça c'est assez compliqué parce que tu as des gens qui veulent venir après le boulot. 18h30 ça reste quand même tôt. Mais si tu prends le patient à 19h, tu sais très bien que tu vas rentrer chez toi à 21h. »

Ou les gardes : *« Je ne fais plus de garde. J'en ai fait pendant des années mais Dieu merci je n'en fais plus. Parce que ça aussi c'était à l'origine d'une dépression. Parce que mes enfants étaient jeunes, parce que je faisais mes gardes et celle de mon associé en semaine et le week-end. »*

Et bien sûr il y a la gestion administrative. Parce que les médecins généralistes libéraux ne sont pas que des médecins, mais aussi « des chefs d'entreprise » (Dixit une conseillère de la sécurité sociale lors de la formation de fin d'internat). **Mais ce temps administratif, il est parfois difficile de l'intégrer dans une journée de travail sans se noyer :** *« C'est nous qui faisons fonctionner la MSP et c'est lourd, gérer les secrétaires les femmes de ménage, les feuilles de paie, réparer la chaudière... »*

« Mais c'est vrai qu'il faut que je finisse plus tôt, parce que le soir tu as encore les biologies à gérer, les mails à envoyer. Et donc si tu prends ton dernier patient à 18h30, que tu as une demi-heure de retard, et que tu as encore une heure d'administratif... Moi ce que je n'ai pas encore compris c'est comment faire cette heure d'administratif à un autre moment de la journée. »

e) Les facteurs liés à l'installation initiale

Il existe des éléments favorisant le Burnout qui interviennent dès le début de l'installation.

- **Il existe notamment les pièges du début d'activité. L'emballement incontrôlé de la patientèle par exemple :** *« L'activité a commencé doucement, puis au bout d'un an c'était déjà bien chargé, mais j'arrivais encore à dégager du temps. Mais je me suis fait*

happer, avec le bouche-à-oreille ça va très vite et il y a eu de plus en plus de demandes. Et donc petit à petit on commence avant huit heures, on finit après 19 heures voir 20 heures, on travaille de plus en plus. »

Ou bien le piège de ne pas prendre de congés en début d'activité : *« Quand on s'installe au début, on fait une création donc on ne prend pas de congés tout de suite. Et puis après ... »*

- **Parfois, le problème est lié à la succession d'un confrère qui transmet sa patientèle. Si cette situation apporte l'assurance d'un planning bien rempli, on peut aboutir à la reprise d'une patientèle qui n'est pas à son image :** *« J'ai repris la patientèle d'un médecin qui partait à la retraite. Et je pense que ça a joué sur les choses puisque ce n'était pas une patientèle créée à mon image. C'était une patientèle assez âgée. C'était bien car ça m'a permis de ne pas trop galérer au départ, avec plutôt trop de patients que pas assez. D'un côté c'était agréable, mais d'un autre côté il a fallu réhabituer les gens à la nouvelle pratique. Au changement de médecin et d'habitudes. »*

- **Et bien sûr, il y a les facteurs liés à l'association de départ. Si l'installation à plusieurs est plutôt recommandée actuellement, des médecins évoquent clairement leur mauvaise installation initiale comme cause de leur Burnout :** *« En général on dit qu'il vaut mieux ne pas s'installer seul. Moi je pense qu'il vaut mieux être seul que mal accompagné. (Rires). L'association ça peut être beau mais ça dépend comment c'est fait, parce qu'en général on n'a jamais le temps de se parler. »*

Ce peut être dû à la mauvaise ambiance entre les praticiens, à un manque de considération des associés, ou à des façons d'exercer trop différentes et constatées trop tard, voire à une absence fréquente de l'associé avec ses patients à gérer : *« Puis je me suis associée avec un médecin généraliste qui avait 10 ans de plus que moi. En pensant que ce serait chouette parce que l'on pourrait*

travailler ensemble, c'est-à-dire par exemple si on n'est pas là c'est pas grave il y a l'autre qui est là. Et ça ne s'est pas bien passé en fait parce qu'on ne travaillait pas du tout de la même façon. »

« Moi le truc qui m'a un peu déglingué sur mon exercice précédent c'est mon collègue en fait. La relation était très compliquée. Mais c'est surtout qu'il était absent tout le temps, soi-disant pour migraine ou pour formation qu'il ne faisait jamais. Tu vois le genre c'était le mec limite urgentiste hyper mégalo. (Rire). Et moi au bout de 10 ans on me prenait encore pour la remplaçante, le bouche-trou. Et donc quand il était absent ce qui se passait, c'est qu'il ne me prévenait jamais. Donc moi j'avais 10 000 coups de fil sur mon créneau de consulte, pour lui, pour savoir s'il serait là l'après-midi. Moi je répondais je n'en sais rien. Et puis des histoires d'argent tout le temps, oui parce que j'étais locataire, il m'arnaquait sur tout, sur les factures... Tous les ans il y avait des erreurs dans la compta. Bref tout pourri, enfin chiant, tout chiant. Et ce qui m'a décidé à partir aussi, c'est une histoire de considération. Mais c'est surtout que mon confrère quand il n'était pas là, tu avais des gens qui l'attendaient en visite à domicile avec des histoires un peu foireuses. Et donc moi je me retrouvais en fin de semaine le vendredi, à récupérer des visites en urgence, sur mes créneaux de rendez-vous, avec des trucs un peu pourris de quatre jours. Notamment je me souviens d'une mamie qui était couchée sur le ventre quand je suis arrivée. Elle avait déjà une hémorragie digestive sous Préviscan depuis quatre jours. Elle avait une jambe cassée, c'est la voisine qui l'avait trouvée. Le mari dément, il fallait gérer le mari aussi... »

Parfois il y a des désaccords financiers, nous l'avons vu plus haut. Ces situations peuvent aboutir à des procès entre les associés. Les conséquences sur l'épuisement moral peuvent être importantes, notamment lorsque les termes du contrat initial ont été mal définis : *« Et si vous voulez un conseil prenez un avocat pour voir votre contrat d'association. Et il faut vraiment le faire, aller chez un avocat, et un avocat spécialisé dans les droits des contrats. Ou alors ne pas faire de contrat, c'est*

ce qu'il m'avait dit mon avocat. Au final s'il n'y avait pas eu de contrat, il n'y aurait pas eu de possibilité de procès. »

Parfois ce n'est pas la relation humaine qui est à l'origine d'une mauvaise association. Il existe des cas où l'association ne convient tout simplement pas, notamment à cause de la répartition des horaires ne permettant pas d'avoir une clientèle ciblée : *« Ma première association tout était compliqué. J'avais un problème, c'est que je n'étais pas souvent au cabinet les après-midis et donc je voyais très peu de gamins scolarisés et de jeunes adultes et donc cette clientèle je n'arrivais pas à la choper. »*

Ou parce qu'elle empêche de faire des activités personnelles : *« Après j'ai le problème aussi de l'association, comme on fait une semaine sur deux c'est pas évident de s'inscrire à une activité hebdomadaire. »*

C'est aussi l'association qui est parfois source de retard administratif : *« Et autre chose aussi, c'est que l'on fonctionne en demi-journée. Et donc moi par exemple je suis censée commencer à 13h. Sauf qu'à moins le quart elle est encore dans le siège, ensuite on papote un peu, et donc j'ai du mal à commencer à l'heure. Du coup c'est un peu pervers, mais je fais exprès de mettre un patient tôt, comme ça je suis sûre qu'elle part, sourire, ça la pousse un peu. Parce que sinon habituellement je me fais commencer à 13h30 pour gérer le courrier. Mais systématiquement comme on parle, je n'ai pas le temps de gérer le courrier avant la consulte. »*

f) Les facteurs liés aux difficultés de changer d'organisation au cabinet

Il est difficile pour les médecins installés de changer de mode d'exercice. Cet élément favorise l'épuisement professionnel, voire l'aggrave, puisque le praticien, même s'il constate un problème d'organisation, ne peut la modifier facilement.

- **Tout d'abord, en lien avec le point précédent, on constate que l'association limite la capacité de modulation de son activité. En effet, il est difficile de changer d'organisation lorsque l'on est associé, car l'accord du confrère est indispensable pour pouvoir modifier l'organisation du cabinet :** *« Et puis comme dit moi avec mon associé je m'entendais très bien il n'y avait aucun souci jusqu'à ce que je veuille changer de façon d'exercer. Parce que pour moi c'était plus possible de rentrer tard, et de partager un seul local pour deux. Ça avait beaucoup de conséquences sur mes horaires et du coup je faisais beaucoup de visites. Il y avait plein de choses qui n'allaient pas. Voilà. Mais elle ne voulait pas changer de fonctionnement. J'ai pas compris. »*

« Je pense qu'il y a des choses que j'aurais mis en place si je n'avais pas été associée. Parce que ma collègue est très près de ses sous, elle démarre et elle a fait un énorme prêt pour sa maison. Donc moi toute seule je pense que j'aurais déjà mis en place une secrétaire depuis longtemps. Donc tu vois l'association en elle-même c'est un frein, même quand elle se passe bien. »

Parfois, c'est l'inverse, c'est quand on veut soulager son activité en prenant un associé que l'on perturbe l'organisation : *« Après ce qui était difficile aussi avec ma nouvelle association, c'est que je m'attendais à plus de coups de main. Mais en fait pas du tout parce qu'il y a eu avec son arrivée un appel de clientèle, et ils savent les gens que c'est ouvert tout le temps. Alors c'est un peu le principe, parce que même si on s'est dit chacun sa clientèle, on accepte de voir les patients de l'autre si un des deux médecins n'est pas présent. Mais donc avec son arrivée il y a eu un afflux de patients qui a perturbé mon rythme, où j'étais assez à l'aise avec un nombre de patients suffisant. Et donc je me suis retrouvé de nouveau un peu débordé. »*

- **Ensuite, il y a les difficultés morales de changer d'organisation. En effet, cela paraît irréalisable lorsque l'on est installé depuis plusieurs années :** *« Alors c'est quelque chose que je voudrais faire maintenant de fermer plus tôt les soirs, mais c'est*

difficile de revenir à ce point en arrière après 10 ans d'installation. Après le conseil que je donne aux jeunes, c'est que la restriction d'horaire il faut le faire dès le départ. Je pense qu'il faut le faire mais que pour moi c'est trop tard. »

Il y a l'angoisse de changer de cabinet aussi, par peur d'un échec financier, notamment dans un contexte de grossesse : *« Un autre facteur tu sais c'est que à un moment donné tu as des enfants ou tu essaies d'en avoir. Et je me disais je ne vais pas partir avec une patientèle peu importante, créer un nouveau cabinet ... En plus je me disais si je tombe enceinte et que la grossesse ne se passe pas bien, si tu as un besoin d'un remplaçant pendant plusieurs mois sur une création ... donc je me dis bon ba j'attends. »*

- **Et enfin, il y a les difficultés matérielles d'une réinstallation. Pour trouver des locaux aux normes déjà :** *« Et après le problème des villages, c'est que tu as un problème de local. Parce qu'on te parle des accès handicapés, mais dans les villages tu as des maisons alsaciennes qui ne s'y prêtent pas du tout. Donc faut que t'achètes plus grand mais ça coûte un bras. Pour l'accessibilité, tu dois être au rez-de-chaussée. Donc partir oui, mais il faut quand même trouver le local. Moi j'avais des copains médecins qui me disaient, attends si ça va pas tu décides de partir. Je lui répondais attends t'es bien sympa mais ça marche pas comme ça. »*

Ou pour y installer les réseaux de communication indispensables sachant que les médecins ne sont pas prioritaires. *« Mais le truc qui m'a vraiment flingué, franchement, c'est Orange. Orange m'a tué quoi. Parce que tu n'as pas d'accès prioritaire pour un médecin pour la création d'une ligne téléphonique. Donc pas de ligne téléphonique pas d'Internet. Moi qui reçois habituellement les INR tous les jours, c'était catastrophique. Et en se disant que le jour où ça marchera, il faudra que je rentre tout. Mais le pire avec ça, c'est que tu as un numéro, c'est une plate-forme, et tu retombes à chaque fois sur quelqu'un que tu n'as jamais eu en ligne. Il faut que tu recommences tes explications, et là au bout de 15 minutes ça coupe tout... Et tu dois recommencer,*

tu vas encore attendre 10 minutes, tu vas retomber sur quelqu'un d'autre... Mais donc tous ces standards d'appels avec ces gens incompetents qui te racontent n'importe quoi, et ça a duré deux mois avant que ça ne fonctionne. Et ça c'est pas une question de médecin. Mais c'est une grosse difficulté, parce que ça prend un temps fou. Orange c'est le truc le pire de ma vie. C'est le summum de l'échec administratif. »

Tous ces éléments matériels et les démarches administratives sont d'autant plus épuisants qu'ils interviennent alors que le médecin continue son activité : *« Et quand j'ai racheté le cabinet il y avait beaucoup de papiers avec la banque. Je n'arrêtais pas de renvoyer des mails à mon conseiller financier parce qu'il y avait besoin de documents pour le prêt. Je faisais tout en même temps, je montais le dossier en même temps que je continuais à bosser. Plus les complications avec l'informatique qui n'est pas arrivée dans les temps. Et vu que j'ai tous mes dossiers informatisés, et bien pendant 10 jours je n'avais pas de dossiers, donc c'était un peu la merde. (Rires). Et le collègue retraité m'a filé sa patientèle mais lui il avait zéro dossier informatique. Donc à chacun de ses patients je devais créer un nouveau dossier. Tu imagines le temps que ça prend. Et en fait je n'arrivais pas à suivre. »*

« On s'est retrouvés avec mon mari à devoir repeindre tous les murs et le plafond. On n'y a passé des heures avec l'obligation de devoir finir. Donc on faisait ça le week-end. On en a un peu chié quand même. Alors tu peux faire venir une entreprise, mais tu dois payer la main-d'œuvre. C'est un peu des contrariétés, et après tu es fatigué. Car tu travailles pendant ce temps-là, tu continues à bosser. »

g) Les facteurs liés au surinvestissement professionnel

S'il est aujourd'hui recommandé aux praticiens de s'investir dans la formation ou dans la coordination des soins, on retrouve des situations où cet investissement à orientation professionnelle peut être délétère.

- **Ce peut être le cas d'un surinvestissement dans une formation personnelle :**
« Ce qui est important pour l'histoire c'est que je venais de faire un DU. J'ai fait un DU pendant un an qui m'a épuisé, et qui m'a achevé je pense. Car ça m'a demandé beaucoup d'investissement personnel et de travail en plus. Car je suis toujours à quatre cents pour cent dans ce que je fais. Donc pour le DU il ne fallait pas seulement que j'ai mon DU, il fallait que je l'aie avec d'excellentes notes. ».

- **Ou dans le cadre de la formation de jeunes confrères, en encadrant des internes.**
Soit parce que l'encadrement est plus épuisant que prévu : *« C'était un interne en stage prat, avec qui ça ne se passait pas bien, il était inadapté à la médecine générale, il me posait beaucoup de questions hors propos, il m'a épuisé. C'est la première fois qu'un interne me faisait perdre plus de temps qu'il ne m'en faisait gagner. »*
Soit parce qu'il donne le sentiment de dépasser la mission d'encadrant : *« Mais il y a d'autres fois où c'est... Mon dieu... Une vraie charge de travail. C'est un stress. Moi j'ai eu une mauvaise expérience et je me suis dit oula j'ai vraiment autre chose à faire que de ramasser les conneries de la fac. Ce n'est pas mon rôle. Mon rôle c'est d'aider les jeunes à quitter le nid. Ce n'est pas de dire ça c'est une aile droite où ça c'est une aile gauche. (Rires). On n'est pas là pour dire si l'interne est apte ou non à exercer la médecine. Et j'ai dû le faire une fois, là j'ai dû dire stop et j'en ai été traumatisée. Parce que c'est pas à nous de faire ça c'est à la fac. Parce que c'est violent. »*

- Il peut arriver que l'accueil d'un interne soit perturbant, même si celui-ci se passe bien, de par le changement d'organisation qu'il engendre :** *« Alors déjà je remets le contexte, à l'époque où c'est arrivé mon burnout, j'avais un seul Interne de phase socle, et je préparais l'arrivée d'un SASPAS. Et donc ça m'a occasionné forcément un peu plus de travail. Pas seulement du travail mais un investissement personnel plus important, avec une mise en place un peu différente de mon emploi du temps, parce qu'il a fallu que je lui laisse de la place en fait, et que je lui laisse mes patients. C'était*

pas pareil que le phase socle. Mais c'est moi qui voulais, personne ne m'a forcé je sais bien. Et j'étais très contente de mon interne, pas de problème. C'était la transition qui n'était pas évidente. »

- **Et il y a le surinvestissement dans des projets professionnels à forte composante administrative. Dans une équipe de soins primaires par exemple, dans laquelle le médecin est souvent le porteur de projet :** *« Alors je ne mets aucune relation entre l'ESP et le burnout. Même si c'est possible que ça puisse favoriser un burnout vu comme je m'investis. Je reste persuadée que la création de ce type de projet, c'est l'avenir. Pour le patient et pour le médecin. Mais donc c'est sûr que ça c'est beaucoup d'énergie, tout du bénévolat il faut le dire aussi. Les dizaines d'heures que je passe à l'ESP, c'est... lourd. »*

h) Les facteurs personnels

Les médecins généralistes étant aussi des femmes et des hommes avec des vies privées, il peut arriver que des situations personnelles soient à l'origine de l'épuisement professionnel.

- **Cela s'explique par le fait que le métier de médecin généraliste soit considéré comme très prenant, nous l'avons vu plus haut, et qu'il requiert un investissement important. Le moindre souci extra professionnel peut donc être fatal :** *« Mais en fait notre métier est tellement prenant, il suffit qu'il y ait un événement, et c'est souvent un événement familial, ça nous détruit quoi. Parce qu'on a plus de résistance. Je crois qu'on est tous capables de travailler beaucoup si chez nous ça va bien s'il n'y a pas de souci. Mais s'il y en a, ça devient compliqué. »*
« Peut-être que sur le plan privé c'était un peu plus dur à ce moment-là, pas très grave mais bon. Quand vous faites ce métier, il faut arriver au travail à cent pour cent. Donc si y'a des choses qui ne vont pas à la maison, ça ne tient pas. »

Les enfants peuvent être à l'origine d'une perturbation de l'équilibre de travail mis en place par le praticien. Soit en perturbant la gestion du temps du parent-médecin : « *Et puis moi j'ai trois gamins à gérer, et à l'époque ils étaient petits, il fallait s'en occuper, aller à l'école, les devoirs, les machins. Ça faisait beaucoup de choses. »*

Soit en perturbant son équilibre psychologique qui lui permet de tenir au cabinet : « *Je suis maman de deux enfants aussi, qui commencent à être adolescents. Et ça aussi ça a changé dans ma vie privée, et du coup on a plus le même statut dans la maison non plus, et donc ça m'a aussi ... voilà... stressée peut-être ou angoissée je ne sais pas. »*

- **Certains facteurs vont même plus loin et font le lien entre différents éléments. On peut noter par exemple le surinvestissement du parent-médecin dans les activités de ses enfants, en tant que médecin, par culpabilité d'absence au domicile :** « *Non c'est vrai que j'ai continué à être médecin de l'équipe. Après il faut comprendre que mes enfants jouaient et donc c'était une façon pour moi d'être avec eux, et de compenser la culpabilité d'une mère absente. Je faisais les trajets, j'étais supporter et médecin de l'équipe. »*- **Il existe un autre facteur extra professionnel pouvant favoriser le Burnout des médecins, c'est le contexte environnemental difficile. Il peut être à l'origine d'un sentiment d'insécurité, ajoutant du stress supplémentaire :** « *J'avais beaucoup d'angoisses. Pas uniquement liées au travail d'ailleurs, mais aussi à l'environnement extérieur, à la violence urbaine du quotidien. Je pense que ça aussi ça a joué dans le déclenchement du Burnout. Ce sentiment d'insécurité. »*

i) Les facteurs liés à certains traits de caractère

Les médecins ont évoqué des traits de caractère à risque d'épuisement professionnel. Il est certain que tous n'ont pas été évoqués dans mes entretiens, et ils ne sont pas évidents à classer, mais j'ai relevé deux familles d'éléments marquants.

- **Premièrement il y a la personnalité du médecin altruiste. Celui ou celle qui s'investit à outrance pour les autres.** *« J'ai été éduqué dans l'altruisme à outrance, où il fallait toujours s'investir pour les autres, et ça je pense que ça a joué. »*

« Une empathie démesurée, un altruisme ... Pfff... surdimensionné ».

Souvent elle s'additionne au sentiment d'être irremplaçable : *« En fait je ne l'ai pas fait avant car je crois que je me suis autopersuadé que j'étais coincé, avec l'EHPAD notamment. »*

« Mais si je ne fais pas partie des gens qui organisent, de la locomotive, qui le fera ? Sauf que des fois tu te dis... Mais pourquoi je me fais chier ? Des fois je me dis que j'aimerais bien être comme les autres, de suivre le mouvement, de participer mais arrêter de prendre tout le monde sur les épaules. »

Ou à l'incapacité de dire non aux patients qui en demandent (involontairement) plus avec le temps : *« Maintenant ça va mieux, mais au début je n'acceptais pas de dire non. C'est peut-être quelque chose que l'on n'a pas appris, il faudrait apprendre aux médecins à dire non. Ce n'est pas de la méchanceté de leur part, mais les gens vont finir par demander des choses qui ne sont pas justifiées. »*

« Mais peut-être qu'à l'époque j'étais un peu moins directive on va dire. En fait plus on est épuisé et moins on arrive à dire non. Et donc c'est un cercle vicieux. »

- **Et puis, il y a le surinvestissement émotionnel du médecin, qui est considéré comme indispensable pour bien exercer le métier :** *« Et un investissement émotionnel je pense... J'aime pas trop dire trop important parce que pour moi mon travail je ne le conçois pas autrement. Je suis assez proche de mes patients, je suis*

très investie. Et ça fait pour moi partie de la qualité de mon travail. Voilà donc peut-être trop investie émotionnellement dans mon boulot. »

L'investissement émotionnel peut se retrouver dans la gestion de l'empathie. Elle est d'ailleurs évoquée comme différente selon que le médecin soit un homme ou une femme : *« Après je suis une femme, donc on a peut-être plus d'empathie. En tout cas je pense qu'on ne vit pas la médecine de la même façon que les médecins hommes. C'est un peu comme avec les enfants, on le vit un peu plus avec les tripes, et donc on s'épuise un peu plus vite. »*

j) Les facteurs liés à des problèmes judiciaires

Parfois l'épuisement professionnel peut être favorisé par des problèmes judiciaires. Et même s'ils n'aboutissent pas à une condamnation, ils ajoutent une angoisse supplémentaire au praticien et peuvent être l'élément déclencheur d'une forme grave de Burnout. D'autant plus si le praticien est déjà dans un état d'épuisement.

- **Par exemple le médecin peut être accusé d'une erreur médicale, aggravant la dévalorisation :** *« En fait j'ai eu un souci avec une patiente à cause d'un retard de diagnostic. Enfin c'est une patiente qui n'a pas reconsulté comme je le lui avais demandé et qui est venue me trouver un an après pour me dire que c'était de ma faute. Il n'y a pas eu de condamnation mais on est quand même allé à l'Ordre. Et cet épisode a eu lieu quand je revenais de mon arrêt pour Burnout, et donc j'ai rechuté. »*
- **Il existe aussi des cas où l'accusation ne porte pas sur les actes médicaux mais plutôt sur des éléments annexes comme la gestion des déchets biologiques. Elle contraint alors le médecin à s'investir dans un domaine supplémentaire, en plus de ses obligations médicales et administratives, ce qui aggrave l'épuisement émotionnel et réduit l'espoir de trouver une issue :** *« J'ai eu des problèmes avec*

la police. Enfin nous avons eu des problèmes avec la brigade verte. Parce qu'apparemment ils ont retrouvé des poubelles sur la voie publique à côté. Alors on est dans un quartier sensible et c'est des poubelles communes. Et en fait il y en a une qui n'était pas mise dans les containers, et dedans il y avait des ordonnances à nous. Donc on a eu une mise en garde de la mairie, et une amende. C'était très compliqué en fait. Ils ont dit aussi qu'ils avaient retrouvé des seringues, enfin des trucs de dingue. Alors je ne sais pas comment les infirmières fonctionnaient, mais nous on n'était pas à jour au niveau des DASRI. Donc moi il a fallu que je me forme, parce qu'on n'est pas habitué à tout ça non plus. Bref. Et donc, j'ai refait tout ça, mais ça m'a beaucoup touché, je me suis sentie vraiment mal avec ce truc. »

k) Le COVID, nouvel élément déclencheur ou synthèse des précédents

Mes entretiens ayant eu lieu en 2020, le Covid a forcément été évoqué comme élément favorisant l'épuisement professionnel. Bien que cette épidémie soit inédite, on retrouve parmi les facteurs en lien avec le COVID, des similitudes avec les facteurs généraux évoqués précédemment. On peut donc supposer que le Covid n'a fait que souligner des facteurs de risque déjà existants.

- **Tout d'abord on peut relever les défauts du système de santé actuel que la crise a mis en évidence. On retrouve par exemple le sentiment du système de soins dépassé, avec le médecin généraliste comme dernier maillon de la chaîne :** *« Il y a aussi un truc que je n'ai pas encore digéré, c'est le fait qu'au début on disait il faut appeler le SAMU. Sauf qu'au bout d'un moment ils ne répondaient plus parce qu'ils étaient saturés. Et même à nous ils nous disaient n'appellez plus on ne prendra pas vos patients. Ça c'est la réalité, on avait des patients vraiment pas bien pour qu'il n'y avait plus de place, plus d'ambulance et ils ne nous les prenaient pas. Du coup je fais quoi ? (Rire). Et là tu te rends compte que le laboratoire ne se déplace plus pour faire*

une CRP parce qu'ils sont débordés. Que les infirmières ne se déplacent pas parce qu'elles n'ont pas de tenue. Mais c'est là que tu dis mais moi je ne peux pas tout faire. Et tu te retrouves seul. Ça c'est un truc que j'ai ressenti début Mars et que je n'avais jamais vécu. En gros on te dit demerdez-vous. Et plus de médicament en pharmacie. Il y avait des médicaments en rupture qui avaient été réservés pour l'hôpital. Et donc franchement, tu te retrouves au Moyen Âge. »

- **On retrouve également dans cette crise le sentiment d'un manque de considération de la médecine générale par les pouvoirs publics. Alors que les généralistes libéraux se sont personnellement investis dans la crise Covid, ils ont eu l'impression d'avoir été écartés des conduites à tenir par les institutions. Cela reflète un sentiment de discordance entre formation de la Médecine Générale et son application par le système de santé. Il y a donc une perte de sens du métier et une dévalorisation qui peuvent favoriser l'épuisement professionnel :** « Ce qui a été à l'origine de mon Burnout ? *Salomon, Le directeur général de la santé. (Rires). La gestion de la crise. Je pense que c'est ça qui m'a le plus marqué. La mise à jour pour moi de la déconsidération complète de la médecine générale par les pouvoirs publics. Et donc aucun sens à mon activité professionnelle par les pouvoirs publics. Pourquoi est-ce que je veux faire ce métier ? Des gens qui m'ont formé pendant 11 ans, en fait je ne sais pas pourquoi ils ont voulu me former parce qu'ils ne veulent pas que j'exerce mon activité quand il y a un virus. Surtout n'allez pas chez votre médecin traitant si vous avez mal à la tête. Et s'il y a une décompensation, surtout allez à l'hôpital. Ces trucs-là m'ont vachement marqué. »*
 « *En 2009 il y a eu le H1N1, et j'avais suivi les recommandations du professeur de maladies infectieuses du CHU, sur comment s'organiser avant que le virus arrive. Et donc pour lui c'était évident que les médecins généralistes avaient un rôle à jouer. Il fallait qu'on puisse nous aussi continuer à gérer les urgences, appendicite et autres, et en même temps être prêt à voir les patients qui avaient leur grippe, et en même temps*

voir si c'était grave ou pas, et en même temps pas qu'ils se contaminent dans la salle d'attente. Donc c'est suite à ça que je me suis organisée dans mon cabinet, à être que sur rendez-vous pour que les gens ne se croisent pas, pour qu'il n'y ait pas de risque de contamination dans mon cabinet. Donc pour moi j'étais prête. J'ai refait des formations au début du COVID aussi, avant le confinement avec le chef de maladies infectieuses de Strasbourg pour savoir ce que je devais faire. Et puis au début de la crise, on s'est organisés avec les professionnels du coin. J'étais un peu à l'initiative. Pour gérer le matériel disponible, pour se partager les dernières recommandations sur les prises en charge... Du coup moi j'ai fait ce qu'on m'a dit, j'ai été un bon soldat. Mais du coup parfois je fais ce qu'on me dit et ce n'est pas juste. Donc du coup les pouvoirs publics... »

« Je sais que je ne suis pas à l'abri d'une rechute, et alors avec cette histoire du Covid, on a un sentiment d'inutilité, (rire), je me suis senti nul de chez nul, de ne pas travailler en réanimation. Mais bon. »

- **Le Covid a également mis en évidence la montée de l'exigence des patients. Notamment à travers la possibilité de se faire renouveler ses médicaments à la pharmacie, ce qui aboutissait à des consultations difficiles trois mois plus tard :** *« Et qu'est-ce qui a fait que, je ne sais pas si c'est le contrecoup, parce qu'après au déconfinement les gens ils venaient tous avec des trucs dingues. Genre il y a 3 mois j'ai fait ça, puis j'ai ça, puis j'ai ça. Ils revenaient avec leur liste de trucs. Enfin c'est là où je ne supportais plus l'idée de : il me faut une ordonnance pour si, il me faut cela... vraiment d'être considérée euh... Le truc qui ne m'a pas plu c'était ça. »*

Des médecins ont maintenant le sentiment que les patients ont pris l'habitude de demander des ordonnances multiples ou pour des autres membres de la famille, afin venir le moins possible : *« Et l'élément déclencheur c'était une patiente qui m'a demandé une ordonnance pour des semelles orthopédiques pour sa fille. Et*

tout de suite et plus vite que ça parce qu'elle avait rendez-vous chez le podologue. Et ça ça a été... J'ai vraiment très mal réagi. (Sourire). »

Les praticiens évoquent aussi le fait que le Covid a révélé le peu de confiance que les patients avaient en leur médecin traitant. Notamment lorsque l'Etat a dit aux patients de ne plus venir au cabinet et qu'ils ne sont effectivement plus venus : « *Et après les patients avec toute cette parano et cette peur qui ont été engendrées, et bien ils ne sont pas venus du coup. On leur disait d'aller à la pharmacie pour aller chercher leurs médicaments, c'est pas la peine d'aller chez le médecin. Donc forcément les patients ne sont pas venus. Et du coup le rapport avec mes patients a aussi évolué. Parce que je me dis que... Même si je comprends leur parano à ce moment-là, il y a quand même une idée de perte de confiance que j'ai en eux, puisqu'eux ne m'ont pas fait confiance finalement. Ils n'ont pas fait confiance aux mesures que j'avais mises en place par rapport à ça.* »

- **D'autre part, le Covid a souligné le coté envahissant du métier de médecin, qui ne s'arrête pas aux portes du cabinet. Par exemple avec l'obligation de se tenir informé des dernières recommandations, qui changeaient très fréquemment, et que l'on avait du mal à caser dans la journée :** « *En gros le moment où tu commences à reprendre un peu ton souffle, à sortir la tête de l'eau, boom Covid. Et le Covid ça a été horrible. Pas forcément par le nombre de patients, c'était... Je ne sais pas par où commencer. Déjà tu as la masse d'informations, tous les jours, une heure de lecture de mails. Début mars il y avait plein d'informations dans tous les sens, sur les symptômes, sur les avis thérapeutiques... Donc c'était une heure de lecture d'informations médicales, mais aussi des infos de la caisse avec des changements trois fois par semaine. Le patient qui te demande un arrêt, tu lui dis mais vous n'êtes pas concerné, et en fait le lendemain ça change, cette fois-ci il est concerné. Et donc cette masse de données à absorber tous les jours ça c'était très épuisant. Donc tu avais l'impression d'être submergé de messages, mais aussi d'être obligé de suivre,*

par peur de rater quelque chose. Il faut être au courant, il faut être hyper réactif. Parce que si tu n'es pas hyper réactif, tu n'es pas bon sur un virus. Et ça ça crée un stress parce qu'on est en hypervigilance tout le temps. Moi par exemple j'étais encore sur mon téléphone à 23h à faire le point sur ce qu'il me restait à lire. »

Un autre exemple est celui de l'accompagnement des malades en fin de vie. La frontière semble mince entre l'obligation de médecin d'être présent et le sentiment d'être indispensable : *« Là c'était la guerre. Moi au cabinet j'avais pas grand monde mais je passais toutes mes après-midi dans les EHPAD, à s'habiller et se déshabiller, à aller voir les gens, à décider si on sédate ou si on ne sédate pas, si on hospitalise ou pas, à rechercher les directives anticipées, à répondre aux familles anxieuses, à annoncer les décès. C'était l'enfer et ça H 24. Même la nuit. Alors ça c'est moi parce que j'estime que pour un patient en fin de vie on doit assumer jusqu'au bout, surtout dans ce contexte là. Ce n'est pas au médecin du SAMU à balancer la sauce. C'est à nous de le faire. Et donc moi j'ai gardé mon téléphone allumé pour que les infirmières puissent m'appeler moi si un patient décompensait. Bon ils n'ont pas eu à le faire pendant la nuit mais voilà. J'y allais le samedi et le dimanche. Mais parce qu'il fallait les gérer. Les familles m'appelaient tout le temps. »*

Ce métier est aussi prenant sur le plan moral, avec un investissement émotionnel intense qui peut toucher le médecin lui-même : *« On n'en a parlé ensemble pendant le Covid parce qu'on se rendait tous compte que l'on a été... on a été secoués. Sur le plan professionnel et émotionnel. C'est compliqué de recevoir les consignes de sédation et d'aller chez les gens et allez hop on balance. C'est très compliqué d'avoir ce sentiment de vie et de mort sur les gens alors que c'est pas nous qui décidons, c'est la maladie. C'est compliqué. On voit les gens le matin et l'après-midi ils sont morts. Et c'est des gens que l'on n'hospitalise pas, en tout cas pas les miens car c'est des gens très âgés. »*

- **On retrouve aussi à travers l'épidémie, le stress annexe engendré par le caractère libéral de la profession, notamment sur le plan financier :** *« Alors j'ai gagné moins de sous. Il y a plein de répercussions dont les répercussions financières qui mettent un stress en plus. »*

- **La crise sanitaire montre aussi les mêmes difficultés qu'ont les praticiens lorsqu'il s'agit de changer d'organisation. Surtout en urgence comme ce fut le cas en Mars 2020:** *« Et à cause du Covid on a dû tout réorganiser. C'était l'horreur. On est plus qu'en rendez-vous avec Doctolib. Et du coup c'est des rendez-vous d'un quart d'heure. Mais-moi un quart d'heure ça ne me va pas. Si c'est juste pour un renouvellement, un quart d'heure ça vas-tu as le temps de le faire. Mais quelqu'un qui vient pour plusieurs petites plaintes, ce qui est souvent le cas car maintenant avec les renouvellements de 3 mois, les gens attendent les 3 mois. Et donc quand ils viennent ils ont toujours plusieurs choses. Et donc moi je me suis dit que je serai plus à l'aise avec des consultations de 20 minutes. Mais 20 minutes c'est pas pratique parce que pour un bébé il faut 30 minutes. Donc 20 minutes en fait ça laisse des trous. Donc ça ne va pas. »*

« Du coup tout sur rendez-vous via Doctolib avec la TCG que l'on a installée très vite. Et il fallait qu'on apprenne à l'utiliser rapidement, parce que ça prend plus de temps de faire l'ordonnance via Doctolib que de l'imprimer et de la signer. Une ordonnance par mail c'est 20 clics. Le temps que ça prend. En plus il fallait créer la signature en ligne, faire les arrêts de travail en ligne. Donc il a fallu faire l'effort de s'y mettre mais après ça va on prend vite le coup. »

- **Et enfin, le Covid a rappelé que les médecins sont aussi des êtres humains avec des risques personnels. Soit par peur de faire une forme grave :** *« Ça a été difficile avec en plus ce sentiment de danger qui s'est rajouté. Parce qu'on a eu des confrères*

qui ont fait des formes graves. Et d'un seul coup je me suis senti moi en danger. Et c'était compliqué dans ma tête. »

Soit par épuisement physique après une forme symptomatique : *« En plus moi je suis tombée malade, évidemment, comme tout le monde je pense, je me suis pris une grosse claque en Avril. Si tu veux j'étais malade pendant mes vacances donc je n'ai pas eu de pause. Du coup j'ai pris une semaine début juin. Et j'ai rencontré le médecin coordinateur de la maison de retraite où je vais habituellement, et elle m'a dit qu'elle avait dû prendre une semaine au déconfinement tellement elle était cramée. »*

2) Comment parvenir au diagnostic

La première étape dans la prise en charge de l'épuisement professionnel correspond à la pose du diagnostic. Et ce n'est pas si évident dans ce type de pathologie, car le praticien qui est en difficulté ne parvient pas toujours à faire une analyse de sa propre situation. Il y a des cas où le médecin libéral ne se rend compte de rien, et nécessite l'intervention d'un tiers pour y parvenir. Dans d'autres situations, il perçoit que quelque chose ne va pas. Il constate des retentissements dans son activité professionnelle ou dans sa vie privée. Les symptômes sont alors proches de ceux d'un syndrome dépressif. Nous verrons également que parfois le praticien parvient à poser seul le diagnostic, grâce à certaines vérifications ou formations. Enfin, et c'est aussi ce qui rend ce diagnostic et cette pathologie délicats, il arrive que le diagnostic de Burnout soit refusé ou évité.

a) L'absence de constat personnel, et la nécessité d'une intervention extérieure

Il arrive que le praticien ne se rende pas compte de la situation. La prise de conscience du problème découle d'une remarque ou d'une alerte extérieure.

- **Par exemple un interne en stage qui lui fait remarquer que son organisation ne lui convient pas. Cela fait réagir le médecin mais lorsqu'il réalise qu'il y a un problème en lien avec son travail, cela peut être moralement difficile à encaisser, voire culpabilisant :** *« Je commençais à pleurer en consultation donc ça n'allait vraiment pas. Et je sentais que je n'arrivais pas à m'arrêter. Et en fait je me suis fait engueuler par mon interne de l'époque. Enfin engueuler... Pas méchamment du tout mais il m'a dit fais quelque chose, ça ne va pas. »*

« Je pensais vraiment qu'être sans rendez-vous ce n'était pas un problème pour moi, j'en étais persuadée je pensais que ça allait. Et puis en fait je me rends compte... Silence. Que ça n'allait pas tant que ça finalement. Et ce sont mes internes qui m'ont

fait prendre conscience de ça. Et le fait d'en avoir pris conscience, je pense que ça m'a fait un peu tomber. Je me suis dit mais tu fais quoi là ? Ça m'a fait vraiment bizarre que l'interne me le dise. Je me suis dit mais quel exemple je donne ? Mais quelle vie je mène ? »

Ou devant la remarque d'une jeune remplaçante : *« Après tu vois l'autre jour il y avait une remplaçante de ma collègue qui lui a pris un samedi. Une jeune qui fait sa première année de remplacement. Elle m'a glissé comme ça une petite phrase en douce, pas méchamment : « bah ça dépend si t'as rien à côté quoi ». Genre t'as rien dans ta vie. Euh houa. (Rire jaune). C'était pas dit comme ça mais voilà si t'as pas ton sport, ta musique, ta peinture ou je sais pas quoi et tes obligations peut-être ailleurs qui font que tu fais autre chose que de la médecine tu vois... Je sais bien que ça fait partie de mes problèmes. Et tu vois même si en pratique c'est vrai... De toute façon tu progresses pas si tu ne fais pas un état des lieux pour te connaître. Je sais bien que c'est vrai, mais en même temps non je ne peux pas admettre que ce soit vrai. »*

- **Ce peut être aussi des amis médecins qui osent alerter leur confrère en difficulté :** *« Moi j'ai des amis médecins très proches qui m'ont permis de changer. Ils m'ont lancé des perches. Sans être intrusif, ils ont allumé des lumières délicatement. »*
« Et un jour, ce qui m'a sauvé, c'est la réflexion d'une amie qui est médecin hospitalier et qui m'a dit mais pourquoi tu ne démissionnes pas de ton poste en EHPAD ? Et d'un seul coup je me suis dit tiens. Et ce jour là j'ai changé ma vie, j'ai démissionné, j'ai déménagé, j'ai changé de cabinet. Et j'ai fait plein de choses pour redémarrer. »
« Ce qui m'a aidé c'est d'avoir un regard externe bienveillant. Moi c'était mon ami qui travaillait en hospitalier. »

Parfois la constatation vient de proches qui ne sont pas issus du domaine médical : *« Moi j'ai trois personnes qui me l'ont dit. (Rires). Tu fais un épuisement professionnel. Et c'est ça qui me fait dire que j'ai vraisemblablement fait un épuisement*

professionnel. Mais mise à part ça... Moi j'ai juste senti que c'était plus possible qu'il fallait que je m'arrête. Mais je n'arrivais pas à me faire d'autodiagnostic là-dessus. »

- **Le praticien peut prendre conscience de la pathologie en faisant une formation sur le Burnout :** *« Le Burnout j'y ai pensé après, parce que j'ai été à une formation dessus. Une collègue m'avait proposé de venir avec elle. On devait remplir des questionnaires, et en fait je n'ai pas répondu honnêtement, car en lisant les questions je me suis rendu compte que je devrais répondre oui partout. Et donc c'est là que j'ai mis le mot. »*

b) La constatation personnelle des symptômes

La seconde possibilité, c'est que le médecin arrive à percevoir lui-même les symptômes, ou les conséquences de son épuisement professionnel. Ils sont proches de ceux d'un syndrome dépressif, avec une atteinte de la sphère privée et/ou professionnelle. Ce sont ces éléments qui l'alertent. L'arrivée jusqu'au diagnostic final varie ensuite en fonction des praticiens, certains parviennent à établir eux-mêmes le lien de causalité avec leur travail, souvent à postériori, d'autres ne font que constater les conséquences, sans en trouver l'origine.

- **Sur le plan professionnel, le généraliste peut constater par exemple une baisse de la volonté d'aller travailler, une aboulie pour le travail. Elle s'associe souvent à une perte du plaisir qu'il avait habituellement dans son exercice :** *« C'est-à-dire que tu te lèves le matin tu es déjà fatigué. Un épuisement physique comme ça tous les matins pendant six mois. Et chez moi il y a un symptôme qui ne trompe pas, parce que je suis toujours ravie d'aller bosser, et j'ai commencé à plus du tout avoir envie d'aller bosser. J'avais plus envie d'y aller, ça me soulait, je ne voulais pas. Je n'arrivais plus à écouter les gens. Je suis devenue plus irritable, moins patiente. Et ça c'est pas moi. »*

« Avant j'étais crevé mais avec le sentiment du devoir accompli, d'avoir bossé, mais maintenant j'ai moins d'envie et heureusement que j'ai un environnement personnel qui va bien, c'est ce qui fait que je tiens, car ma priorité c'est quand même pas mon travail. J'ai un peu honte de le dire mais oui. »

Dans le même registre, le médecin est aussi alerté par l'impression de ne plus faire correctement son travail : « Et j'avais l'impression de ne plus m'occuper correctement de mes patients. Ça aussi ça a joué. C'est écouter les sonnettes. »

Ou alors, c'est le changement d'attitude avec ses patients qui lui met la puce à l'oreille. Avec notamment une baisse de l'empathie et des agacements pouvant aboutir à des réflexions blessantes inhabituelles, aggravant ensuite la culpabilité : « Avant que je ne m'arrête, les gens me demandaient toujours comment ça va, vous allez bien ? Et en fait je leur répondais non la dernière semaine. (Rires). Et assez sec alors en général ils passaient à autre chose, parce qu'ils comprenaient bien que ça n'allait pas et que je n'avais pas envie de m'étendre. (Rire). Et autre chose que me disent les patients et que j'entends encore maintenant, c'est qu'en général je suis une nana qui rigole, et qui rigole aussi avec mes patients. Et en salle d'attente quand ils ne m'entendent pas rigoler, ils ont peur que ce ne soit pas moi, et ils se demandent ce qui ne va pas. »

« Quand on ne prend pas de recul on arrive à un moment donné où on ne supporte plus les gens, surtout quand ça nous paraît moins grave. Je ne sais pas comment dire, on a moins d'empathie. On se dit mais pourquoi ils se plaignent, ils sont fatigués alors qu'ils n'ont pas d'enfants, ils font 35 heures, enfin voilà on arrive moins à écouter. Et donc voilà un moment donné je me suis demandé s'il fallait continuer à travailler comme ça, pour la qualité de soins, et pour la vie de famille aussi. »

« Oui c'est moi-même quand je me suis rendu compte que je ne supportais plus les gens, enfin c'est caricatural. Mais quand j'ai envie de les envoyer bouler, par exemple : est-ce que je dois passer pour un certificat médical ? Bah oui, faut passer. Un jour j'ai dit à quelqu'un je n'avais pas un bac plus 10 pour imprimer des ordonnances toute la

journée et donc que oui il fallait passer. (Rires) Voilà quand j'ai répondu ça je me suis dit que c'était un peu ... enfin voilà il y a eu ça. »

« Un jour je suis rentrée chez moi et je me suis dit là ça ne va pas. Je me suis énervée, (rire). Et j'avais raison de m'énerver parce que c'était des gens âgés, fragiles, et des choses n'avaient pas été faites, mais d'habitude je n'explose pas, et là j'ai explosé. »

« Et on a de moins en moins de patience, on s'énerve puis on s'en veut de s'être énervé. »

« Quand tu me demandais si j'avais soigné autrement avec l'épuisement professionnel, ces patients là clairement oui. D'habitude j'ai plutôt une grande empathie, mais à un moment donné ces patients là j'en pouvais plus. Je n'ai pas mal répondu, mais je n'étais plus concentré sur la consultation. Je me disais mais quand est-ce qu'elle part. Rires. Et des patients comme ça ils te poussent complètement à bout et tu es en viens à faire des trucs où tu te dis mais c'est pas possible ce n'est pas moi, je ne travaille pas comme ça. Mais bon c'était juste pour ces gens-là, ça ne m'a pas envahi pour les autres patients. C'était ciblé sur les gens envahissants. »

« J'ai pris deux semaines de vacances et j'ai repris lundi. Et en regardant mon planning, je me suis dit oh non pas Madame machin. Avant c'était des patients où je me disais il faut que je les aide, alors que là c'est pesant. »

Parfois c'est la perte d'efficacité qui est perçue comme le signal d'alarme. Que ce soit pendant la consultation, dans la communication avec les patients : *« En gros quand je suis fatiguée je deviens lente. Je perds un petit peu de vue que je suis en retard donc je papote, la famille les petits enfants... donc c'est vachement sympa mais j'ai une petite tendance à perdre de vue qu'il est tard et donc je finis encore plus tard et je suis crevée. Quand tu rentres il est tellement tard que t'as plus faim. » ;*

Ou alors dans la gestion administrative avec le retard qui s'accumule et qui devient irrattrapable : *« Et donc voilà comment ça s'est manifesté, ba j'ai plus du tout suivi, il y a plein de lettres que je n'ai pas scannées voilà. »*

- **Sur le plan personnel, le praticien peut aussi constater une atteinte physique, des éléments qui vont lui permettre de constater le mal-être. Un épuisement par exemple qui peut entraîner des troubles du sommeil, ou des myalgies : « J'ai eu l'impression de cramer en vol. Vraiment l'impression d'être en vol, de tout faire comme il faut, et d'un coup comme dans les dessins animés je me retrouve complètement cramé et je tombe par terre. »**

« J'avais vraiment l'impression de me détruire moi-même, parce que j'étais dans un état de nerf en travaillant, d'être sur les batteries, et quand j'arrête, je me dis mais c'est possible, pourquoi tu t'es mise dans cet état-là. »

« Alors en fait je ne dormais plus. Je me suis retrouvée un été, je me levais le matin et j'avais mal partout. J'avais des myalgies et je me disais il faut que tu tiennes la journée. C'était vraiment le corps qui lâchait. Je n'avais rien, je n'étais pas malade. Vraiment c'était terrible pendant 15 jours. Et ma chance c'est que c'est arrivé juste avant les vacances. Je partais trois semaines en vacances après, et c'est ces 3 semaines là qui m'ont sauvée. Ça a levé les clapets. Et c'est en revenant que je me suis dit plus jamais ça, plus jamais tu te retrouves dans cet état-là. A posteriori. »

« Et je me suis rendu compte aussi que malgré l'augmentation des journées, malgré le fait de ne pas manger à midi certains jours, je n'arrivais pas à faire tout ce qu'il fallait faire. (Soupirs). Il y a une espèce de pression que je n'avais jamais sentie, physiquement..., un sentiment d'étouffement, et là je savais que c'était ... parce qu'on en voit des patients dans notre consulte. Et là je reconnaissais des signes et donc je me suis dit mais c'est ça en fait, c'est ça en fait qu'ils vivent. Et donc stop. Stop parce que moi je n'ai pas le temps, je ne peux pas me mettre en arrêt. Je ne peux pas consulter deux fois par semaine un psy, (rires), parce que je n'ai pas le temps. Donc il faut que je mette des choses en place pour éviter... De me retrouver hospitalisée en psy ou je ne sais pas (rires). »

« La première fois c'est moi. Rétroactivement, quand je suis rentré de vacances et que j'ai vu une photo de moi avant de partir. Ce jour là je me suis dit plus jamais. En fait j'ai

pas mis le nom d'épuisement professionnel, j'ai mis le nom de dépression. Alors je ne pleurais pas, j'étais physiquement à bout et pour moi ça veut dire beaucoup. Et je me disais : si je disparaissais, tout le monde irait mieux. C'est-à-dire que même mes enfants ils vivraient mieux si j'étais pas là tellement je suis néfaste et négative. »

Parfois, une manifestation somatique peut correspondre à la prise de conscience du problème : « *J'avais le contre-coup en Janvier parce que je m'étais tapée une grosse fatigue. J'ai eu une tachycardie, j'ai été voir un copain cardiologue. Je lui ai dit, non mais je sais ce que je dois faire, mais je ne sais pas comment. Il faut que je réduise mon activité, j'en fais trop. »*

- **Dans la catégorie personnelle, on relèvera aussi des atteintes morales. La prise de conscience d'une indisponibilité pour toute autre activité par exemple :** « *Alors là où je pensais avoir trouvé un équilibre avec ma vie personnelle, j'ai senti que ça n'allait plus. Je me rends compte que j'ai 40 ans et que je n'arrive pas à faire de l'associatif, que je n'arrive pas à prendre du temps pour sortir avec des amis. J'ai essayé et je me suis rendu compte que je n'arrivais pas à être en réunion à 19h30, à chaque fois je disais bah non désolé je travaille, ça commençait à me gêner et j'ai arrêté. Je vois moins mes amis aussi parce que à chaque fois qu'on organise un restaurant je ne peux pas, je ne suis pas disponible donc ça les agace et ils ne m'appellent plus, ce que je peux comprendre aussi. Que j'étais qu'un soir par semaine à la maison avec des enfants en bas âge, donc c'est compliqué pour les devoirs, pour le bisou du soir. Voilà donc je me dis que j'ai peut-être perdu la main sur l'équilibre. Et je constate aussi que ce que j'avais mis en place pour essayer de me protéger bah ça ne marche plus trop. »*

Le signal d'alarme peut aussi correspondre à des idées suicidaires : « *Et un moment je me suis dit que je préférais peut-être tout arrêter et mourir plutôt que de continuer comme ça. Je veux dire enfin ... Je ne voyais pas d'issue. Je ne voyais pas d'issue parce que le cabinet ne désemplit pas, parce que j'avais plein d'engagements*

partout. Que l'on attendait beaucoup de moi, en tout cas j'avais l'impression que l'on attendait beaucoup de moi. Donc là je me suis dit je vais me foutre en l'air. Enfin je pars... je pars loin, je sais pas, je plaque tout, je peux pas, je peux pas. Et là je me suis dit houa là ça devient grave quand même. Ce n'est pas normal. »

« C'est moi-même. Ensuite ça a été confirmé par un psychiatre. (Silence). En fait il y a des jours où je me disais il faut que j'arrête, il faut que je parte ailleurs, que je change de patientèle. Je me disais que j'étais trop nul, que j'étais un peu déficitaire. Et donc après on a envie de changer de la médecine, de prendre des médicaments, ou de se suicider. »

c) Les prérequis nécessaires à la progression vers le diagnostic

Dans certains cas, le praticien a besoin d'éléments, d'une vérification antérieure, avant de pouvoir avancer vers le diagnostic. Souvent pour l'accepter d'ailleurs.

- **Par exemple, en éliminant d'abord un problème somatique :** *« J'avais fait une prise de sang pour m'assurer qu'il n'y avait pas de souci organique. Parce que comme dans toute dépression j'avais mal partout. J'ai fait quelques radios aussi pour éliminer un problème somatique. »*
- **Parfois, c'est quand l'arrêt de travail devient nécessaire que le médecin s'autorise à parler d'épuisement professionnel. Il représente un prérequis :** *« Oui c'est moi qui ai posé le diagnostic. Disons que je ne me voile pas la face. Quand j'étais vraiment à la limite je le sentais. Si je réfléchis intellectuellement et pas émotionnellement, je me dis que si j'étais en face de moi je me mettrai en arrêt de travail. (Rires). Et si je me voyais en consultation à certains moments, je me serais mis en arrêt de travail. »*

- **Et puis il arrive que le médecin ait besoin de se référer à des tests spécifiques avant de pouvoir s'auto-diagnostiquer :** *« Je comprenais que ça n'allait pas, j'avais fait mon échelle de Maslach. C'était dès le retour de vacances. Donc là je me suis dit c'est bon j'y suis, étant donné que j'avais fait l'échelle je me suis autorisée à le dire. »*

- **Et bien sûr, il y a les cas où on a besoin de la confirmation d'un spécialiste avant d'accepter le diagnostic :** *« C'est la psychiatre qui a posé le diagnostic en fait. Sans questionnaire, sans rien. Elle a posé le diagnostic direct. Elle m'a dit maintenant c'est fini il faut s'arrêter. Et je lui ai dit non. (Rires). Bien sûr. Finalement j'ai quand même lancé des textos pour chercher un remplaçant parce que j'ai compris que je n'allais pas bien, en plus elle me le confirmait donc voilà. »*
« La psychiatre m'a dit que j'étais épuisée, en état de stress intense. Et même les autres personnes du groupe me l'ont dit d'ailleurs. » ; « C'est un psychologue qui a posé le diagnostic. Enfin je savais ce qui m'arrivait. Mais j'avais besoin de l'entendre quoi. »

d) Un diagnostic difficile à accepter

Ce qui rend également complexe la pose du diagnostic, c'est qu'il est difficile à accepter pour les praticiens en exercice.

- **Car accepter que l'on souffre d'épuisement professionnel, ce peut être perçu comme un aveu de faiblesse, de régression ou d'échec professionnel :** *« Le conseiller de ma prévoyance m'en avait parlé en fait parce qu'ils avaient mis en place un dispositif spécial pour les médecins en burnout. Je savais qu'il y avait une prise en charge oui. Mais je n'ai pas été plus loin. Je ne leur en ai pas parlé non plus. Il faut*

reconnaître que l'on est plus aussi bon alors c'est difficile. Que l'on n'arrive pas assumer et ça c'est difficile. »

« On ne sait jamais trop où aller. Il doit y avoir une espèce de gêne ou de honte ou je ne sais pas quoi. Ou alors on est tellement dans le truc sûrement je ne sais pas. »

D'autant plus si le médecin avait mis en place des éléments de prévention, ça peut être perçu comme un échec supplémentaire : *« Moi j'en avais conscience de ça. Je savais qu'il y avait un épuisement professionnel possible et je faisais des choses pour moi. À côté je m'occupais déjà de moi avant. J'ai pas compris. J'ai pas compris pourquoi je suis tombée au début. Et quand je suis vraiment tombée, j'avais vraiment l'impression de boum, complètement. Il n'y avait plus personne, c'était off. Je ne voulais pas l'entendre. J'en ai conscience. Et j'en avais même conscience à l'époque. Et quand la psy me l'a dit, je lui ai répondu mais non. Non. (Silence). »*

- **Au point que le praticien épuisé va refuser d'en parler à son médecin ou son psychiatre traitant, s'il en a un :** *« C'est hyper difficile. Je n'en avais parlé à personne en fait. Même pas à mon psychiatre. »*

« Alors j'ai un médecin traitant, je me suis dit que ce serait mieux, mais non je ne lui en ai pas parlé. »

Le déni ou le silence peuvent conduire à des situations terribles : *« La première personne à qui j'en ai parlé, c'est au psychiatre qui est venu me voir en réa, après ma tentative de suicide. »*

3) A qui s'adresser

Quand les médecins prennent conscience que quelque chose ne va pas, que ce soit personnellement ou après une intervention extérieure, il est intéressant de savoir vers qui ils se tournent pour chercher de l'aide. Ou vers qui ils refusent de se tourner.

a) Au conjoint

Le conjoint est un interlocuteur souvent évoqué. Mais les réactions et les conséquences peuvent être variables.

- **Le conjoint peut comprendre et imposer ou en tout cas inciter le praticien à s'arrêter** : « *Je me vois encore dire à mon mari que je n'arrivais plus à me reposer. Et là il m'a dit stop, il m'a interdit de reprendre le boulot. Alors j'ai trouvé un remplaçant.* »
Parfois le conjoint donne des conseils mais sans que le médecin puisse trouver des solutions efficaces : « *Je savais pas du tout vers qui me tourner. (Silence). Parce que voilà quoi. À qui t'en parle ? Alors j'en ai parlé à mon mari qui me disait il faut que tu ralentisses, il faut que tu fasses moins de choses. Il me disait il faut ralentir, mais c'était un engrenage.* »
Et il y a des cas où le conjoint ne comprend pas la situation, ce qui peut avoir des conséquences sur le couple : « *Et j'en ai parlé à mon mari, mon mari n'a pas très bien pris le premier arrêt de travail je dois dire. Il n'a pas compris. (Soupir). Il n'est pas du milieu médical. Il a vu que je n'allais pas bien, mais en fait ce qu'il m'a dit quand j'ai été en arrêt, mais on va faire comment financièrement ? (Gros soupir). Waouh... et là je me suis dit punaise mais en fait je ne suis que ça... Bref ça a donc éclaboussé mon couple aussi bien sûr. C'est beaucoup plus drôle. Non ça a été compliqué.* »
- **Il y a un paramètre qui peut moduler le fait de s'adresser au conjoint, c'est le fait qu'il soit lui aussi médecin généraliste libéral.**

Par exemple si le conjoint n'est pas du domaine médical, il peut exister des réticences à se confier : « *Bah vous savez comme c'est à la maison hein... On n'a pas l'impression d'être compris et écouté. Vous ne pouvez pas raconter les situations, et quand vous les racontez, vous vous sentez à la limite du ridicule. Mais pourquoi j'ai réagi comme ça ? qu'est-ce qui m'a pris ? Moi j'ai un peu honte. Tandis que là-bas c'est plus facile, vu que tout le monde raconte des trucs un peu fofous. Avec des gens extérieurs. »*

A l'inverse certains médecins préfèrent en parler à leur conjoint également généraliste, plutôt qu'à des proches non-médecins : « *À mon épouse Oui. Et qui est bien placée pour savoir ça vu qu'elle est médecin aussi. C'est l'avantage, c'est que je ne me retrouvais pas tout seul. On pouvait en parler de façon honnête. Car en parler avec des non-médecins c'est plus compliqué. Par exemple avec mes parents, avec qui j'ai des très bons rapports, mais je ne peux pas en discuter avec eux, ce n'est pas recevable. Tout ce que je trouve anormal, que je vous ai cité, et pourtant mes parents me connaissent et savent que je ne suis pas un gros con, (rire), ils sont quand même patients et ils trouvent que ce qui m'embête, pour eux ça fait partie de mon boulot. Je suis censé être au service des patients, et les gens qui sont malades ils ont le droit de siffler et je dois être là. Donc moi mon avantage c'est de pouvoir en discuter avec mon épouse. »*

b) A des collègues

Les praticiens en difficulté se confient parfois à leurs collègues. Là aussi les réactions peuvent être différentes.

- **Les collègues du cabinet peuvent être aussi concernés par l'épuisement professionnel. Cela peut rassurer le médecin de ne pas se sentir seul, mais cela peut aussi le démoraliser devant le constat d'une atteinte collective, des collègues plus jeunes notamment :** « *On n'en discute régulièrement avec mes*

associés et mon cas n'est pas isolé. (Rires). Et ce qui me chagrine beaucoup, c'est de voir mes collègues plus jeunes qui suivent le même chemin que moi. Celle qui est arrivée juste après moi au cabinet, c'est elle qui maintenant présente les mêmes soucis que moi. La plus jeune est encore toute pimpante. Mais ça suit un chemin linéaire. Et ça me déprime un peu de voir mes collègues dans la même lignée. Ça me rassure dans le sens où ce n'est pas que moi, mais ça m'ennuie aussi. »

- **Mais parfois, ils ne se sentent pas concernés ou ne sont pas ouverts à la discussion. Ou alors ils donnent des conseils mais qui sont mal compris par le praticien en difficulté. Les différences de génération ou de sexe sont évoquées pour expliquer ces réactions :** *« Quand j'en ai parlé à mes amis médecins ils étaient plutôt gênés pour moi mais eux n'en parlaient pas forcément pour eux. Et parmi mes collègues, c'était oui enfin bon tu ne te protégeais pas assez. Ok. Super. Merci... Il y en a un qui était vraiment embêté. Mais il a été très paternaliste à dire il fallait que tu fasses si ou ça. Mais arrêtez avec ça. Maintenant ils ont 60 ans, ils ne sont pas de la même génération. Je ne parle pas à mes patients comme ils parlent aux leurs. Mais ça je le sais. On n'a pas la même pratique. Après je suis une femme aussi ça c'est différent. C'est des hommes. Mais quand même je pense qu'il y a un problème générationnel. »*
- **D'une autre façon, les praticiens contactent parfois des collègues qu'ils savent atteints par le Burnout, pour demander conseils.** *« Non je n'ai pas contacté de psychologue, je ne pense pas en avoir encore besoin, je pense qu'il y a des médecins plus atteints que moi. J'ai juste contacté mon ancienne collègue qui a fait un gros épisode d'épuisement. Qui a eu psychothérapie et traitement. Moi je ne veux pas en arriver là. Donc je lui ai demandé pourquoi elle en est arrivée là, qu'est-ce qu'elle n'a pas réussi à mettre en place. »*

c) A des professionnels

Parmi les praticiens en Burnout, certains acceptent de se tourner vers des soignants. Des psychiatres principalement, mais il existe d'autres interlocuteurs, comme les médecins généralistes et les psychologues.

- **C'est rare, mais il arrive que le médecin consulte un médecin généraliste. Par exemple son ancien médecin traitant d'enfance :** « *Je ne savais pas à qui en parler. Et donc à l'époque je suis allée voir le médecin qui me soignait quand j'étais petite. Et ça a été la seule écoute que j'ai pu trouver, et ça m'avait fait beaucoup de bien.* »
- **Plus facilement, les médecins épuisés vont penser aux psychiatres de leur secteur. Cependant ils vont chercher à rencontrer un thérapeute qu'ils ne connaissent pas, ou seulement par courriers :** « *Enfin le premier truc que j'ai fait c'est d'abord de demander à ma remplaçante si elle avait des dispos. (Rires). Et suite à ça, j'ai envoyé un SMS à un copain psychiatre. Pour lui demander s'il avait des amis psychiatres que je ne connaissais pas, parce que là ça n'allait pas. Donc il m'a mis en arrêt tout de suite le temps quand je vois son ami psy que je ne connaissais pas pour qu'il me prenne en charge, et qui lui a prolongé l'arrêt.* »

« *J'ai contacté une nouvelle psychiatre que je connaissais de nom. Plus jeune. Et elle a commencé par m'arrêter.* »

« *En fait j'ai eu de la chance parce que j'ai été entouré par mes amis. Et j'ai une amie qui m'a dit si tu ne prends pas rendez-vous chez le psychiatre lundi c'est moi qui le fais. Et donc j'ai appelé le psychiatre. (Rires). J'ai eu un rendez-vous parce que j'avais le numéro d'une qui venait de s'installer dans le secteur. J'aimais bien parce qu'elle travaillait à l'hôpital avant. Je ne la connaissais pas plus que ça, seulement par les courriers. Je l'ai appelée et elle m'a pris le lendemain. (Silence).* » **On note dans ce dernier exemple l'initiative de l'appel sous la menace.**

- **On peut noter aussi que parfois les médecins en difficulté s'adressent à des professionnels spécifiques, mais pour un motif indirectement lié à l'épuisement professionnel. Ce peut être par exemple une rencontre avec un psychologue pour faire un bilan de compétences en vue de changer de travail :** *« Quand je n'étais pas bien, j'ai consulté tous les jours des annonces pour des postes salariés, j'ai même demandé au rectorat si je pouvais passer les concours bac+5 pour être prof, (rire). Mais non finalement le métier me plaît. Alors j'ai quand même consulté une psychologue spécialisée dans tout ce qui est risques psycho sociaux en entreprise. Bref elle fait des bilans de compétences. Et elle me disait que ce n'est pas le métier de médecin généraliste qui pose problème. Faire autre chose ne me conviendrait pas forcément mais c'est le surmenage. Donc il faut que je mette en place des choses. »*
Ou alors le praticien peut contacter un psychologue pour se soulager de cas moralement prenants : *« Ah si j'avais contacté une psychologue parce que j'avais des patients qui étaient lourds et je m'étais dit qu'il fallait que j'en parle. Donc j'avais déjà une psychologue, et je l'avais vue elle. Mais ça n'a absolument rien à voir avec la psychiatre. Elle ne m'a pas posé le diagnostic. »*
Le médecin cherche aussi parfois à contacter des psychiatres proposant de la méditation : *« Alors j'ai eu de la chance, car à ce moment-là, j'ai reçu un prospectus pour mes patients, de la part d'un psychiatre qui proposait de la méditation pleine conscience. J'ai reçu ça et sur un coup de tête, je me suis dit tiens si je leur propose je pourrais peut-être y aller moi aussi. Et donc dans la semaine, direct j'ai téléphoné et je me suis inscrite avec une psychiatre pour une session. »*

d) A un service d'écoute dédié

Il existe des numéros d'appels dédiés aux professionnels de santé en difficulté. Ces numéros de soutien représentent un interlocuteur de qualité pour les médecins qui les connaissent, ou qui trouvent leurs coordonnées.

- **Par exemple, certains médecins contactent le numéro D'ARENE qu'ils avaient reçu par mail de l'Ordre et qui l'avaient gardé de côté. Ils soulignent notamment le bénéfice de s'entretenir avec un confrère qui trouve les mots justes :** *« Puis j'ai appelé une association, j'avais reçu le nom par mail un jour par l'ordre des médecins et je l'avais gardé de côté. [...] J'ai appelé ARENE, même si je savais au fond de moi que j'y étais, mais ARENE m'a confirmé. Et je suis tombée sur une gynéco à Strasbourg qui était vraiment géniale, qui m'a posé toutes les bonnes questions, la première c'était : « vous avez un conjoint médecin ? », j'ai trouvé ça extraordinaire. »*

- **D'autres praticiens font des recherches sur internet quand ils constatent leur épuisement, et trouvent le numéro d'une autre association AAPML. Ils sont notamment satisfaits de trouver des interlocuteurs qui connaissent le métier de médecin :** *« Je ne savais pas par quel bout prendre les choses, et puis je n'avais plus l'énergie. J'étais vidée. Et je ne savais vraiment plus quoi faire, et je suis allée voir sur internet, chercher un peu tu sais Burnout. Parce que je me doutais que c'était ça. Et donc je suis allée chercher pour voir un peu s'il y avait des gens qui étaient spécialisés pour m'aider, pour m'écouter. Et je suis tombée sur un numéro de téléphone AAPML. Mis à disposition pour les médecins en Burnout. Au bout du rouleau j'ai appelé ce numéro. J'ai d'abord eu quelqu'un à l'accueil qui m'a passé une psychologue. Et figure-toi que la psychothérapie que j'ai faite après sur plusieurs séances s'est faite par téléphone. »*

« Avoir une écoute qui est professionnelle et habituée au problème spécifique du Burnout des soignants, pour moi c'est aussi très très bien. Pour moi ça a été salutaire ce numéro-là. Parce que ce n'était pas juste une psychologue, c'était une psychologue qui savait ce que c'était de porter une patientèle de 1200 personnes, d'en avoir ras-le-bol, d'avoir envie de mourir parce qu'on n'en peut plus d'aider les autres. Elle comprenait tout de suite. »

- **Certains médecins contactent l'association SPS, à travers une application mobile, pour avoir notamment une réponse rapide :** *« J'ai appelé une autre association aussi, via l'application SPS, qui permet d'avoir des psychologues en ligne. Parce que j'avais besoin qu'on me confirme que c'était bien un Burnout. J'avais besoin d'avoir la réponse le jour même et ils ont répondu tout de suite. »*

- **La question de l'anonymat a été peu évoquée au cours de mes entretiens. J'ai eu un exemple où le praticien pensait qu'il valait mieux ne pas rester anonyme quand on appelle ces numéros verts, pour que le système évolue :** *« Oh mais tu sais quand j'avais appelé ARENE je n'étais pas resté anonyme. Je pense qu'il faut le dire, il faut que la société sache que la population médicale va mal. Je vais te dire, si l'ordre m'avait appelé à l'époque pour me dire de m'arrêter, ça ne m'aurait pas dérangé. Rien à cirer. Il faut que ça change. »*

4) Prises en charge initiales

Après avoir posé le diagnostic d'épuisement professionnel, les médecins se font prescrire ou se prescrivent une prise en charge. Elle varie en fonction des complications associées au Burnout, mais on peut les classer en différentes familles.

a) La psychothérapie

La psychothérapie marque souvent le point de départ de la prise en charge. Elle peut se faire en hospitalier ou en ambulatoire. La durée et la fréquence de suivi varient. En ambulatoire, elle peut se faire en présentiel ou à distance.

- **L'hospitalisation peut représenter le début de la prise en charge. Par exemple en centre de soins en psychiatrie avec un suivi quotidien :** *« Après quelques jours en réanimation, j'ai été 6 semaines dans un centre de soins à orientation psy. Je voyais un psychiatre ou un psychologue tous les jours, en session individuelle ou collective. J'ai rechuté au bout de 2 mois et j'y suis retourné 15 jours. Et ensuite j'ai fait le suivi en ambulatoire. »*
 - **Le suivi peut se faire en ambulatoire avec un psychiatre en présentiel. Il peut être poursuivi après l'épisode d'épuisement, notamment en cas de traitement médicamenteux associé :** *« D'abord le psychiatre je l'ai vu toutes les semaines, et je le vois toujours toutes les semaines depuis un an d'ailleurs. De toute façon s'il n'avait pas été là je ne sais pas trop comment j'aurais fait. Ça a vraiment été mon soutien. »*
« De toute façon oui je continue le suivi. Et en plus je suis sous antidépresseurs depuis un mois seulement, donc ce n'est pas le moment d'arrêter. »
- A l'inverse il est parfois arrêté après un certain temps :** *« C'est vrai que j'ai arrêté au bout d'un an, mais je pense que je vais reprendre. »*

Certains médecins ne réalisent eux qu'un seul entretien, pour avoir la confirmation que le problème vient de l'organisation : *« Je n'ai fait qu'une séance mais c'était uniquement pour un bilan de compétences, je n'ai pas fait de suivi. Elle m'a dit que j'aimais mon travail et que ce n'était pas cela qui était à l'origine de mes difficultés. Elle m'a conseillé le secrétariat téléphonique. De mettre un peu plus de barrière par rapport aux horaires. (Pause). Voilà en gros. Mais pas plus que ça, après le reste je l'ai déduit moi-même. Il fallait juste que je me rende compte que le problème ce n'était pas le travail en lui-même mais l'organisation. Et puis accepter aussi de ne pas rester seule. »*

- **Sur le plan pratique, la psychothérapie peut se faire par un psychologue, de façon bimensuelle, via un numéro dédié aux professionnels de santé :** *« La psychothérapie que j'ai faite après sur plusieurs séances s'est faite par téléphone. Avec le même numéro (AAPML) et avec la même psychologue. On avait des rendez-vous téléphoniques, cinq ou six sur 3 mois. Et ça s'est très bien passé. C'était pour moi d'une aide phénoménale. Vraiment. Ça m'a sauvé la vie clairement. »*

« Donc il y a eu six entretiens téléphoniques de une heure à chaque fois. Et le fait que ce ne soit pas en présentiel ça ne m'a pas gêné du tout. J'étais même impressionnée de voir la qualité de la conversation qu'on avait avec la psychologue sans se voir. Après je suis tombée sur une super psychologue je pense qui savait de quoi elle parlait. Après c'était un numéro de téléphone dédié pour ça. »

- **Certains médecins préfèrent avoir des thérapies collectives, avec des gens qui ne sont pas forcément issus du milieu médical. Par exemple dans le cadre de séances de méditation encadrées par un psychiatre :** *« Et donc on s'inscrit pour des soirées ou des week-ends complets, et on nous apprend la méditation. Et surtout moi ce qui m'a plu, c'est le fait qu'on soit en groupe, de rencontrer des gens de tous les horizons qui étaient comme moi en Burnout. On a sympathisé, on en a discuté, et*

moi ça m'a fait du bien parce que je ne pouvais pas en parler à la maison. Donc c'était à la fois une thérapie de groupe et un apprentissage de la méditation pleine conscience Mind full ou un truc comme ça. J'ai fait 10 séances en soirée de deux heures, on commençait par des exercices de méditation et on finissait toujours par une discussion entre les participants. Et après j'ai même fait un week-end complet de méditation, où on ne parle pas, moi ça m'a vraiment plu. Bon c'est sûr c'est une expérience particulière. Moi j'étais emballée. »

- **En plus d'un suivi sur le plan moral, le thérapeute aide le praticien à prendre du recul avec son métier :** *« Et en plus elle m'a aidé à faire la part des choses sur mon travail. À prendre de la distance avec mon métier. Et à prendre des dispositions dans ma vie pour pas que ça recommence. »*

Le psychiatre ou le psychologue peuvent aussi amorcer une réorganisation professionnelle afin d'éviter une récurrence : *« Ah oui la psychiatre m'a beaucoup aidé. D'abord de l'écoute au départ, puis pour la reprise elle m'a refait mon planning »*
« Elle m'a dit de faire des vraies pauses programmées dans la journée, de prendre des périodes de congés plus rapprochées, et surtout de prendre des moments pour moi. Elle m'a dit aussi de sélectionner les patients. »

« C'était l'idée du psy il voulait que je change des choses. (Rires). »

« En fait elle m'a accompagné. Elle a appuyé ce que je disais en pointant les problèmes. Elle me dit mais ça vous me l'avez déjà dit, ça revient. Elle a orienté en fait ma réflexion. Mais je me suis débrouillée toute seule pour changer l'organisation. »

- **La psychothérapie va parfois au-delà du domaine professionnel et recherche des causes plus personnelles :** *« Ça a été de l'écoute. Mais aussi pour moi de la psychothérapie dans le sens où elle a essayé de trouver la cause de mon comportement. Et cette psy m'a fait voir les choses au-delà de mon travail. Et j'ai*

compris pourquoi j'étais toujours en train d'aider tout le monde en permanence. Ça dépassait énormément le Burnout. »

Le thérapeute peut orienter aussi le praticien vers des confrères pour traiter des complications du Burnout, par exemple une thérapie de couple : *« Elle m'a aussi donné le numéro de téléphone d'un thérapeute de couple. »*

b) La thérapie médicamenteuse

Des thérapies médicamenteuses sont utilisées dans le traitement du Burnout. Les molécules sont souvent similaires, antidépresseurs et anxiolytiques, mais les conditions de prescription diffèrent :

- **Parmi les praticiens épuisés, certains ne veulent pas prendre la décision de s'autoprescrire un médicament. Ils laissent cette décision au spécialiste :** *« Un suivi régulier mais pas de médicament. Et je fais un suivi régulier chez le psychiatre conseillé par mon ami. Il m'avait proposé éventuellement de faire des trucs euh de jitsu, de choses comme ça... mais ça j'ai pas fait c'est pas mon style. Et sinon non pas plus. Et il n'a pas jugé nécessaire de mettre des médicaments non plus. »*
« Je prends un antidépresseur mais c'est surtout pas moi qui vais me le prescrire. Je ne me prescris pas ça. Non non non. J'ai eu du mal à l'accepter alors... (rires). »

Parfois la prise d'un traitement prend même la forme d'un contrat entre le psychiatre et le praticien : *« Et après il y a eu la rentrée, et la rentrée ça a été dur, et en Septembre j'ai replongé. Et là j'étais vraiment très très mal. Et là en gros à la psychiatre je lui ai dit au secours, parce que je ne pourrai pas refaire tout ce que j'ai fait cette année. J'ai tenu sur mes ressources mais là je n'en ai plus. Et quand elle m'a vu comme ça elle m'a dit bon bah là c'est clair il faut hospitaliser. Et alors là, (insiste et sourit), c'était même pas possible. C'était pas du tout envisageable j'ai dit non. Ça c'est pas possible je refuse. Je lui ai dit c'est pas grave prenez ma carte vitale je sors. Là*

c'était pas possible par contre. Et c'est là qu'elle m'a prescrit l'antidépresseur. Et elle m'a dit dans ce cas là vous prenez le traitement et vous revenez me voir dans deux jours. Je lui ai dit pas de problème mais pas d'hospitalisation. »

- **D'autres médecins vont eux gérer eux même la prescription :** *« Si si j'ai pris un traitement (rire), j'ai pris un antidépresseur, que je prends encore maintenant mais à demi-dose. C'est moi qui me l'étais prescrit au départ et qui continue les prescriptions. »*

Ou alors prendre eux même la décision d'arrêter : *« J'ai eu un antidépresseur et un anxiolytique pendant un an. C'est le psy qui me les prescrivait. Mais j'étais trop fatigué avec, surtout quand j'ai repris le travail, donc j'ai arrêté de moi-même progressivement. »*

c) L'arrêt de travail

L'arrêt de travail fait partie de la prise en charge de l'épuisement professionnel des médecins. Les durées diffèrent, allant de zéro jour à un an. Les moyens utilisés pour s'arrêter varient également. Certains vont utiliser un arrêt de travail classique, avec un remplaçant, alors que d'autres vont utiliser des congés.

- **La prise d'un arrêt de travail n'est pas systématique. Certains praticiens s'en passent. On relève cependant que le refus d'un arrêt peut remettre en question le diagnostic :** *« Non je n'ai pas eu besoin de m'arrêter. Alors peut-être que ce n'était pas un vrai Burnout. »*

« Non non. On en a discuté. De prendre un remplaçant pendant une semaine. Mais on n'a jamais eu besoin d'aller jusque-là. »

D'autres compensent l'absence d'un arrêt de travail par le ralentissement de l'activité, ou une pause des gardes : *« Au moment du Burnout j'avais beaucoup*

réduit mes plages horaires pour ne pas faire huit heures de travail d'affilée. »

« Je n'ai pas fait les samedis pendant deux mois aussi, ni les gardes. Je les ai données. »

L'arrêt est parfois imposé par le spécialiste au praticien : *« En fait là le traitement de la psychiatre, ça a été l'arrêt de travail, clairement. C'était son traitement, maintenant ça suffit stop. Elle m'a imposé l'arrêt. Après moi j'ai fait en sorte que je puisse m'organiser, mais elle me l'a imposé. »*

- **Lorsqu'ils sont pris, les arrêts varient dans leur durée. Certains médecins prennent par exemple trois semaines :** *« Et je me suis arrêtée trois semaines. Enfin le premier truc que j'ai fait c'est d'abord de demander à ma remplaçante si elle avait des dispos. (Rires). Finalement elle a pu me remplacer trois semaines. »*

D'autres commencent par un arrêt plus court, de dix jours, mais ont besoin ensuite d'un nouvel arrêt plus long, d'un mois : *« La psy m'a dit clairement vous ne vous en sortirez pas si vous ne prenez pas un arrêt de travail. Je lui ai dit oui d'accord mais pas tout de suite parce que moi il faut que je trouve un remplaçant. Ah ba oui on est irremplaçable hein, évidemment. Moi je ne m'étais jamais fait remplacer avant. On se remplaçait en fait avec mes collègues. Je n'avais pas de remplaçant du tout. Et en fait c'est un ancien interne que j'ai appelé et il m'a dit ok, je peux te remplacer 10 jours. Donc j'ai pris 10 jours. Après j'ai dû rejoindre mon collègue qui était tout seul pour les vacances scolaires. Parce qu'à l'époque on faisait deux deux, donc si j'étais pas là il n'y en avait qu'un tout seul et c'était pas possible. Donc j'avais dit faut que j'y retourne. Et j'y suis retourné. Et puis un mois et demi après j'ai rechuté. Et donc la psy elle m'a dit c'est pas possible, vous ne pouvez pas continuer à travailler. Il faut vraiment que vous vous occupiez de vous. Et je lui ai demandé il me faut combien de temps alors ? Elle m'a dit un mois. Donc j'ai pris trois semaines d'arrêt et une semaine de congés. Donc j'ai pris mon mois sans travail. Et j'ai trouvé des remplaçants à chaque fois, j'ai vraiment eu de la chance. »*

Des médecins ont parfois besoin d'arrêts plus longs, allant jusque un an : « *J'ai d'abord été remplacé 3 mois, puis j'ai tenté de reprendre mais j'ai replongé. Et donc ensuite j'ai eu un an d'arrêt finalement, toujours avec un remplaçant. Et encore j'ai repris parce que financièrement je n'avais pas le choix, ma prévoyance ne m'indemnisait plus, mais je pense que j'aurais eu besoin de plus.* » **On peut noter que les durées des arrêts dépendent de certaines contraintes comme les disponibilités des remplaçants ou les obligations financières, nous y reviendrons dans le dernier point.**

- **Il y a des cas où les médecins organisent une reprise de leur activité à mi-temps, après recommandation d'un psychiatre :** « *J'ai eu 3 mois d'arrêt à temps plein, et 1 mois à mi-temps où je ne travaillais que les après-midis. Et c'est elle qui m'a poussé à la reprise, et je la remercie d'ailleurs, parce que si je n'avais pas repris à ce moment-là, je n'aurais jamais réussi à reprendre.* »
- **Dans certains cas, les médecins ne parlent pas d'arrêt de travail, mais saisissent une opportunité pour faire une pause professionnelle. Ce peut être à travers des vacances :** « *Et ma chance c'est que c'est arrivé juste avant les vacances. Je partais trois semaines en vacances après, et c'est ces 3 semaines là qui m'ont sauvée. Pendant les trois semaines on est parti loin et j'ai pris vraiment beaucoup de recul. Donc j'ai quand même eu un break de trois semaines qui était très très très très bénéfique. Et donc ce qui m'a aidée à cette époque là c'est de pouvoir prendre des vacances et les médicaments.* »
- Ou un congé maternité** « *Et en fait à ce moment-là, j'ai été obligée de changer d'organisation car j'ai eu un quatrième enfant. C'est ça qui m'a fait couper pendant quatre mois.* »

d) Les aménagements personnels pendant l'arrêt de travail

Au-delà de l'arrêt de travail, les médecins épuisés profitent de cette pause professionnelle pour s'aménager du temps durant cette coupure. Du temps personnel, pour couper du milieu professionnel ou des contraintes du foyer.

- **Ce peut être en quittant la maison et en s'organisant une semaine de marche à la montagne :** *« Et j'ai aussi fait une semaine dans le Jura. Je suis allée toute seule dans le Jura et j'ai marché beaucoup. J'ai toujours eu de la chance, je suis tombée sur des gens supers, j'ai rencontré des gens vraiment ... c'était super. »*
- Ou en faisant une retraite spirituelle :** *« Je suis allé faire une retraite dans un monastère. C'était pendant le premier arrêt de travail, parce que j'ai compris que si je restais à la maison j'allais m'occuper des enfants et faire à manger et tout le reste. Donc j'ai dit non, il faut que ce soit pour moi, la psychiatre a dit qu'il fallait que je m'occupe de moi. Donc j'ai dit je vais faire une retraite. Ça faisait longtemps que j'y pensais. Je ne l'ai pas fait longtemps, j'ai dû faire quatre jours. »*
- **Ce peut être aussi en restant au domicile mais en s'organisant un programme d'activités personnelles :** *« Ensuite moi je me suis fait mon programme pendant l'arrêt. Je me suis mis beaucoup plus au sport. Je suis allé faire de la piscine, j'ai beaucoup marché. J'ai un chien donc je prends mon chien et je pars marcher dans les Vosges. Je faisais du yoga avant, donc j'en ai fait tout seul tous les jours. J'ai continué le dessin, je me suis mis à la contrebasse parce que ça fait longtemps que j'y pensais. Enfin j'ai fait énormément de choses en fait de moi-même. »*

Ce dernier exemple nous amène à un nouveau point de la prise en charge, le changement de mode de vie qui accompagne les arrêts de travail et les médicaments.

5) Changement d'organisation et de mode de vie

Que ce soit sur les conseils d'un spécialiste, ou après une prise de recul personnelle, le traitement du Burnout impose des changements sur le long terme afin d'éviter une récurrence. Cela peut toucher l'organisation professionnelle, ou le domaine privé.

a) Sur le plan professionnel

Au travail, les praticiens prennent des dispositions pour se protéger d'une récurrence. Tout d'abord en modifiant leurs conditions d'exercice. Cela peut concerner aussi la gestion du planning ou le rapport avec les patients. Les médecins sont également attentifs à certains signaux d'alerte, ils apprennent à les repérer et savent comment agir s'ils apparaissent. Ils cherchent aussi à échanger avec des confrères, pour ne pas s'isoler. Et puis ils essaient de prendre du recul vis-à-vis du Burnout et de leurs patients, afin de pouvoir accepter plus facilement leur pathologie.

- **Des praticiens n'hésitent pas à changer radicalement leurs conditions d'exercice après un épuisement professionnel. En quittant une association par exemple, même si cela impose des difficultés logistiques :** *« Et j'ai décidé d'arrêter l'association, parce que cela n'avait pas amélioré mes difficultés familiales et ce n'était pas un travail de collaboration. On ne partageait pas la même façon de faire. Et ça a été un peu laborieux parce qu'on avait acheté ensemble et donc, ça a été compliqué. »* **Cette séparation peut être suivie d'une nouvelle association ailleurs, ou d'une réinstallation en solitaire (impliquant aussi des contraintes, comme une reprise moins chargée que souhaitée) :** *« Quand j'ai repris le travail, j'ai quitté l'association et je me suis réinstallé seul. Ce n'était pas évident moralement car je n'avais pas beaucoup de patients au début. Moi qui en voyais 40 par jour avant, je trouvais les journées un peu longues. Mais au moins j'ai repris doucement. »*

Au contraire, d'autres médecins vont chercher à prendre un collaborateur après un tel épisode : *« J'ai l'idée de prendre une collaboration à partir de Janvier. Donc je travaillerai moins déjà. »*

« La solution déjà elle est d'être à plusieurs. Car être à plusieurs ça permet d'échanger. »

D'autres confrères vont plutôt chercher à réorganiser le cabinet. Par exemple, lorsqu'une opportunité se présente, lors de la succession de leurs associés, et l'arrivée de confrères plus jeunes : *« Et il y a aussi le fait d'avoir réorganisé le cabinet. Au départ j'étais avec des médecins plus anciens, qui ont été remplacés par de jeunes confrères, Et donc on a organisé à la jeune on va dire. Donc moins de disponibilités, plus de rendez-vous, mieux cadrer les choses. Ne pas être disponible au téléphone 24h/24. Et ça a vraiment permis une maîtrise. »*

- **Les modifications ne touchent pas seulement les associés. La gestion du téléphone et des rendez-vous est aussi concernée. Certains praticiens décident de prendre un secrétariat, qui représente une barrière protectrice face aux patients, face au stress d'être dérangé en consultation et donc face à l'épuisement. :** *« J'ai mis en place un secrétariat et je pense que cela m'a protégé. Je ne suis plus harcelé au téléphone. »*

« Maintenant ça fait quatre ans que j'ai un secrétariat téléphonique. Ça m'aide à me protéger du surmenage car déjà c'est une barrière entre le patient et moi. Je ne suis plus disponible tout de suite, ils sont obligés de laisser un message et je les rappelle ensuite quand moi j'ai le temps ou via la secrétaire. Et ça rend les consultations beaucoup plus sereines en enlevant le stress du téléphone qui pourrait sonner à chaque instant. Ça améliore la qualité du travail. »

Des praticiens décident de passer toutes les consultations sur rendez-vous après leur Burnout, ce qui aide à maîtriser leur activité : *« Mais depuis trois ans on est tous sur rendez-vous, ce qui a grandement amélioré les choses. »*

« Maintenant je suis sur rendez-vous, si j'ai un peu de retard c'est pas trop grave. J'arrive mieux à gérer. »

« Je n'ai pas diminué mon activité mais je l'ai maîtrisée. Et c'est beaucoup plus simple avec les rendez-vous. »

Le passage au tout rendez-vous existe même sans harmonisation avec les associés. Il semble bénéfique mais demande du temps et de l'énergie : *« Après je n'ai pas fait que ça, maintenant je suis que sur rendez-vous. Mes collègues pas donc je suis la seule à faire ça. Et maintenant je suis en train de me mettre aussi par rendez-vous en ligne pour que les secrétaires aient un peu moins de travail. Parce que comme je suis que sur rendez-vous ça leur donne plus de travail. Donc je suis en train de modifier ma pratique en fait. Mais ça te demande beaucoup de temps et d'énergie de mettre ça en place. »*

Il est intéressant de noter que parfois le praticien est contraint de changer brutalement sa pratique, alors qu'il hésitait depuis un moment, et que cela lui apporte un bénéfice. C'est par exemple le cas de Doctolib avec le Covid : *« Et là où le Covid a aidé, c'est qu'on a dû mettre en place brutalement des systèmes. Avant on ne voulait pas parce que on se disait que ça allait être chiant, que les patients n'allaient pas adhérer, qu'ils allaient se tromper. Mais en fait la transition s'est faite brutalement, mais dans le bon sens. »*

« Parce qu' en fait quand je suis revenu d'arrêt, c'est le moment où il a fallu mettre en place les mesures barrière et changer l'organisation. Donc quelque part pour moi ça a été presque salvateur. Parce qu'il a fallu que je bouge tout dans mon cabinet médical, j'ai été obligé de faire autrement en fait. La téléconsultation et tout, tout de suite je m'y suis mis, direct. Donc c'est étrange mais c'est comme ça. »

- **Il existe un autre élément sur lequel les médecins vont travailler, c'est la gestion du planning. Ils vont par exemple réduire leur activité en prenant des jours de repos réguliers dans la semaine ou en allongeant les weekends. Soit en prenant**

un remplaçant régulier : « C'est à ce moment-là que j'ai mis des choses en place, je me suis fait remplacer le mercredi pour couper un jour dans la semaine et le jeudi matin. »

« Je me suis battu aussi pour trouver un remplaçant régulier le mardi. »

Soit via un système de rotation avec les associés « Au niveau du cabinet, ça s'est compliqué. Comme on travaille en rotation avec ma collègue, normalement un vendredi et samedi sur deux je ne travaille pas. Ce qui fait trois jours de pause et ça c'est agréable. »

Ou alors en fermant le cabinet le samedi matin : « Quand ma collègue est partie et que l'on s'est retrouvés à trois, j'ai arrangé les choses pour que l'on puisse fermer le samedi matin. Bon c'était des samedis où on finissait à 15h30, une fois sur deux, et donc à trois j'ai senti que l'on n'y arriverait pas. J'ai mis du temps mais mes collègues ont accepté que l'on ferme, et il me fallait leur accord, sinon j'aurais continué avec eux. Je suis vachement fière de ça. »

« Vous voyez c'est en vous parlant que je me rends compte que j'ai mis en place des choses. L'histoire du samedi. Quand j'en ai parlé à mon collègue, j'hésitais car j'avais peur que ça lui fasse perdre un samedi, mais en fait il attendait que ça. Lui aussi en avait marre. Parce que c'était un week-end sur 2 de gâché, parce qu'on finissait à 15h. Donc c'est moi qui lui ai proposé, et il a accepté tout de suite. »

- **D'autres praticiens vont eux augmenter le nombre et la fréquence des congés :**

« Mais maintenant je prends plus de vacances qu'avant, quasiment le double. Je prends toutes les vacances scolaires, je prends deux mois de vacances par an. C'est beaucoup mais bon. Je n'arrive plus à faire deux mois sans vacances. »

Malgré les remarques des patients : « Quand ils me disent que je prends trop de vacances, je leur réponds que s'ils veulent que leur médecin soit encore là dans six mois, c'est comme ça. »

« Si ça fait du bien au patient qui ne va pas bien, il n'y a pas de raison que ça ne fasse pas du bien au médecin qui ne va pas bien. »

Ou alors ils intercalent des formations pour avoir des pauses plus régulières :

« Maintenant je m'organise un peu mieux. J'ai une semaine où je vais caler deux jours de formation, ou je prends un remplaçant pendant une semaine et je sais qu'après ça ira de nouveau mieux. En fait je sais maintenant qu'au bout de sept semaines je dois prendre des congés. Je prends des pauses plus régulièrement depuis les deux dernières années. »

Parmi les médecins qui cherchent à se faire remplacer, que ce soit pour un jour régulier ou pour des vacances, certains optent pour une recherche de remplaçant plus anticipée : *« Il y a trois ans j'ai eu un souci avec une remplaçante qui s'est désistée pour un remplacement d'été, parce qu'elle partait en congé maternité. Alors elle aurait peut-être pu ou pas m'en parler avant. En tout cas je n'ai pas trouvé d'autre remplaçant cette année-là. Et là c'était un peu la panique alors qu'avant je n'ai jamais eu de soucis pour trouver de remplaçant. Voilà ça m'est arrivé une fois mais maintenant j'anticipe. J'organise ça beaucoup plus tôt et je n'ai plus de soucis. En plus depuis que j'ai des internes en SASPAS, ça fait deux ans maintenant j'ai encore moins de soucis. Parce que si eux ne peuvent pas ils demandent à leurs cointernes ou ils mettent sur le site, ils sont sympas. »*

- **Certains praticiens ne réduisent pas leur activité mais sont plus vigilants sur les horaires de départ du cabinet. Que ce soit ponctuellement :** *« Je m'autorise plus de choses qu'avant, par exemple si mon mari me demande de rentrer pour 18 heures un jour, je ferai tout pour y arriver, je ne mangerai pas à midi mais j'y arriverai. J'ai mis des choses en place quand même pour ne pas m'épuiser. »*

Ou même régulièrement grâce à des contraintes familiales : *« J'ai les enfants à m'occuper donc c'est clair, quand je finis à 19h, je finis à 19h. Pas à 22h. D'un côté ça aide à se protéger du Burnout, mais de l'autre je me rends compte que quand ils sont*

absents, je suis beaucoup plus cool au boulot. Car je sais que si quelqu'un vient en fin de journée, et bien je peux le prendre et ça ne va pas m'énerver. Donc d'un côté c'est une sécurité, mais c'est une contrainte aussi. »

« J'ai l'impression que je ne suis pas au bord du gouffre, mais à 1 mètre du gouffre. Et je suis vigilante tout le temps. Et mon mari est vigilant aussi tout le temps. Il me dit ça ne va pas aller si tu rentres à 22h30 tous les soirs, ça ne va pas durer comme ça des semaines. Tu vas être crevée, ça ne va pas aller après. Etc. »

« Je n'ai pas vraiment réduit mon activité, je vois autant de patients qu'avant, mais j'ai moins de retard. Je suis plus efficace et plus épanoui dans mon travail. Et je rentre moins tard, mon épouse y veille. (Sourire). »

- **Pour se protéger, des médecins mettent en place une gestion de leur patientèle.**
Par exemple, en sélectionnant leurs patients au départ : *« Donc maintenant j'essaie de prendre plutôt des patients jeunes, moins de visites, je ne prends plus les chiants. »*

Ou en arrêtant de suivre les patients en maison de retraite : *« Alors déjà je ne vais plus du tout à la maison de retraite. Parce que là aussi c'était contradiction totale avant et après le confinement. Des prises en charge qui ne m'ont pas du tout plu. Donc je ne me mets plus en porte-à-faux. Donc j'ai appelé les familles des patients et je leur ai dit qu'effectivement je n'irai plus à la maison de retraite. Et toutes les familles à ma grande surprise ont toutes très bien compris, que je ne pouvais plus aller à la maison de retraite. Elles n'ont pas du tout été... Voilà. Et c'est des familles que je suis en tant que médecin et ils continuent à venir chez moi pour eux. Ils me parlent de temps en temps de leur maman. »*

Outre la sélection des patients en fonction de leur profil, certains médecins veulent choisir le moment où ils acceptent des nouveaux patients. Ils veulent maîtriser le flux de patients, notamment lors des périodes à risque comme lors d'un départ en retraite d'un confrère : *« Et je me souviens à ce moment-là j'ai un*

collègue de la vallée qui est parti en retraite, et moi j'ai refusé de prendre de nouveaux patients parce que je sentais venir la vague. Pourtant j'étais jeune médecin installé. Ça pouvait paraître bizarre pour un jeune installé, mais je me suis dit soit je continue à faire ce qu'on me demande et ça ne va pas aller, ou bien je décide de bloquer ma patientèle pour passer le cap. »

« J'avais aussi refusé de prendre des nouveaux patients à certains moments. En fait à chaque fois qu'il y a eu un départ en retraite dans le secteur, c'est arrivé deux fois, je bloque ma patientèle pour ne pas avoir de vague de patients. Mais en temps normal, je prends des nouveaux patients. J'ai pris parti de gérer ma patientèle. Et non pas de prendre tout le monde et de me dire après, merde comment je fais. Dans l'idée ma réflexion, c'est quelqu'un que je prends, je dois être capable de m'en occuper correctement. Je garde la main sur les choses, le but étant de ne pas subir. De maîtriser les choses. Ce qui n'est pas facile ni habituel dans le milieu médical. Car on est élevé et formaté à tout prendre, à voir les gens et pas soi-même. Mais un moment. Pour bien s'occuper des gens il faut être correct. Si moi je ne suis pas dans un bon état je ne peux pas m'occuper de mes patients. Donc ce n'est pas de l'égoïsme c'est de la gestion. (Rires). Mais c'est un travail intellectuel et mental à faire à un moment. Ça ne va pas de soi. »

- **Un autre moyen a été évoqué pour éviter une récurrence, c'est de changer de comportement avec les patients, en diminuant les privilèges qui leur sont accordés. Cela peut concerner les conditions d'ouverture du cabinet :** *« Ah si j'ai changé quelque chose aussi sur le plan professionnel, sur l'organisation du cabinet. Avant je commençais les consultations à 10h, et je venais entre deux visites ouvrir la porte du cabinet à 9h pour que les patients puissent entrer et s'asseoir dans la salle d'attente, c'est mon prédécesseur qui avait pris cette habitude. Et un été j'ai arrêté,*

après avoir prévenu, j'ai arrêté et je ne venais plus qu'à 10h. Ça me faisait moins de stress en visite et moins courir tout le temps. »

Ou la gestion des dossiers MDPH : *« En fait maintenant quand les gens viennent avec le dossier, je le fais avec eux direct. Je le fais pendant la consulte. Si ça prend plus de temps ça prend plus de temps, et si j'ai pas le temps de le faire je leur dis et bien le reste on verra ça une autre fois. »*

Pour se protéger des patients, certains praticiens évitent de sympathiser avec eux, même si ce n'est pas l'image qu'ils souhaiteraient donner : *« J'ai changé d'attitude avec les patients. Au début j'étais avec eux tout beau tout rose, et maintenant je m'interdis de sourire, parce que j'ai l'impression que si tu leur donnes ça ils vont te prendre 100 fois plus. Petit à petit je change mon attitude et ça me ne me convient pas d'ailleurs, on se déshumanise. Je suis toujours en train de me dire non non non ne sympathise pas, même avec les gens que je trouve sympas, surtout pas avec eux car c'est eux qui viendront plus tard me demander des choses que je n'ai pas envie de faire. Et il faudra encore que je refuse. »*

Le Burnout peut aider les médecins à prendre du recul, à constater que les patients ne sont pas totalement dépendants de leur médecin, et donc qu'on ne doit pas tout tolérer : *« Et donc au retour, j'ai organisé les choses de façon plus carrée, et j'ai pris du recul par rapport aux gens. Ils me faisaient culpabiliser, ils me disaient mais comment on va faire sans vous, alors qu'en fait ils s'en sortent très bien. Et donc cette coupure m'a fait prendre du recul et m'a permis de sortir un peu de cet épuisement. »*

- **Sur le plan professionnel, les médecins mettent également en place des stratégies protectrices en lien avec leurs activités annexes. A propos des formations par exemple. Certains vont les réduire car elles prennent du temps :**

« J'ai fait aucune formation pendant un an. J'ai vraiment mis tout sur pause pendant un an pour me reconstruire. »

Alors que d'autres vont au contraire augmenter le nombre de formations médicales. Elles apportent selon eux plusieurs bénéfices, dont la valorisation personnelle et la possibilité de partager des expériences avec des collègues :

« Et le fait de libérer du temps ça me permet aussi de faire des formations qui réaugmentent un peu l'égo. Ça aussi c'est quelque chose qui est satisfaisant. On ne fait pas médecine par hasard, on fait ça parce qu'on aime apprendre et améliorer ce que l'on sait. Et nous rendre meilleur ça apaise aussi la culpabilité et le sentiment d'incompétence. Parce qu'on est vite has been aussi quelque part. C'est pas simple mais c'est nécessaire. En fait ce qui est important c'est de ne pas oublier de se nourrir, de remplir le puits intérieur. Si on arrive à faire ça, forcément on est plus solide face à la consulte, face aux gens dans la vie du cabinet, et on gère mieux les choses. Remplir son puits intérieur ça nous permet aussi de mieux nous défendre. C'est-à-dire de ne pas se laisser sadiser par les patients. »

« J'ai pas parlé des formations mais ça aussi c'est chouette. Parce que c'est des moments, en dehors de la formation en elle-même, de rencontre, de partage de comment on travaille. Et c'est à ce moment-là qu'on se voit finalement parce que sinon... »

On constate des réponses similaires concernant les maitres de stage. Certains praticiens arrêtent de prendre des internes, soit parce que cela prend du temps et n'apporte pas beaucoup de reconnaissance : *« J'ai arrêté d'être maître de stage aussi. C'était une charge de travail en plus. Avec aussi un manque de reconnaissance de la fac. Qui ne comprend pas et qui ne m'écoute pas. »*

Soit parce qu'ils ne veulent pas montrer l'image du médecin épuisé aux étudiants : *« J'ai arrêté de prendre des stagiaires aussi pendant un an. Parce que moi mon stagiaire j'aime bien m'en occuper correctement, être disponible, et pas lui montrer non plus ce ... ce versant là des choses pour ne pas le décourager quoi. »*

Et puis au contraire, d'autres médecins vont eux profiter de leur Burnout pour devenir maitre de stage. Pour se libérer du temps en partie : *« Tu vois maintenant le jeudi c'est mon interne qui travaille tout seul toute la journée. Bien sûr que je travaille, j'ai mes visites le matin, le débriefe du midi et du soir mais l'après-midi tu vois par exemple je suis chez moi. »*

« J'ai même pris un SASPAS en plus qui fait le lundi aprem, ça permet de moins subir le début de semaine. »

Mais aussi parce qu'être maitre de stage, c'est formateur et donc valorisant pour son propre travail *« En fait être maitre de stage, c'est enrichissant pour les 2 je trouve. Je conseille l'étudiant mais lui aussi me fait des bonnes remarques, donc ça améliore la prise en charge des patients. Et ça nous force à être à jour donc on se sent meilleur. »*

Et valorisant à travers l'enseignement : *« Et ensuite j'ai pris des internes en stage, au début ça me faisait peur je me demandais si j'allais avoir le temps de lui expliquer et l'énergie. Mais en fait ça m'a aidé pour prendre du recul vis-à-vis des patients et ça m'a montré que finalement je faisais un travail de qualité. Et le fait de transmettre mon savoir-faire, ça m'a aussi aidé à ne pas être dégoûté... Enfin épuisé. Ça me dégage du temps pour des visites que je n'avais pas le temps de faire, ou pour des patients plus compliqués. Ça me dégage du temps aussi pour emmener les enfants à droite à gauche. Et le retour avec l'interne aussi aide pour la prise en charge de certains patients. Et ça aussi ça m'a aidé à ne pas retomber dans l'épuisement professionnel. »*

C'est aussi un moyen de renouer avec le travail d'équipe, ce qui peut déboucher sur une association ultérieure : *« Et enfin du coup ça me redonne l'envie de m'associer. Ce que je ne pensais plus possible. En fait j'ai fait une belle rencontre avec un interne qui va finir l'année prochaine et on aurait peut-être un projet d'association au printemps. Alors je sais que l'hiver va être difficile mais cette lueur d'espoir me fait tenir le coup. »*

Dans le même ordre d'idées, certains praticiens prennent une activité de salariat complémentaire de leur cabinet libéral. Elle leur apporte de la variété dans leur métier, et l'apport d'un travail d'équipe : *« J'ai pris un peu de PMI pour faire un peu autre chose, et ça ça m'a permis de prendre du recul par rapport aux patients. »*

« J'ai repris une activité salariée dans un centre dédié aux troubles des apprentissages. Parce que ça m'intéresse et ça me sort du cabinet, c'est un travail d'équipe, c'est une réflexion différente. Et le fait de faire autre chose intellectuellement, de faire ce travail d'équipe, je pense que ça m'aide à ne pas retomber dans l'épuisement. Et ce n'est pas un travail pour se reposer, mais ça me raccourcit déjà une journée où je peux rentrer un peu plus tôt. »

- **Les médecins qui ont fait un burnout sont conscients qu'une rechute est possible. Ils essaient donc de reconnaître leurs signaux d'alerte pour pouvoir prendre des dispositions avant qu'il ne soit trop tard :** *« J'ai appris à reconnaître ces lumières. Par exemple quand je commence à hausser le ton, à être un peu intolérante avec mes patients, je sais qu'il faut que je prenne des vacances que je m'arrête. J'ai appris à reconnaître ces signaux. Et à les respecter. »*

« Et aussi maintenant je suis beaucoup plus attentive à mes symptômes. Parce que des débuts de surmenage j'en ai régulièrement, dès qu'il y a un coup de bourre pendant 3-4 semaines. Et quand il y a des symptômes, que je commence à bafouiller, quand je me lève crevée le matin, ou que je commence à en avoir un peu ras le bol le matin d'aller bosser, alors là je suis très attentive pour ne pas retomber dans l'engrenage. Tout de suite je relève le pied pendant 2-3 semaines. Je mets moins de rendez-vous. Je limite les réunions. »

« Donc c'est comme ça que je gère, accélérer/coup de frein à main, accélérer/coup de frein à main, et de faire en fonction de mes symptômes d'alerte. J'ai appris à bien m'écouter, et en me connaissant bien j'arrive à ralentir avant. Alors ce sont mes

symptômes personnels à moi, peut-être que pour d'autres ce sera des lombalgies ou des céphalées. Mais je pense que chacun doit apprendre à bien se connaître. C'est une des clés pour ne pas recommencer. »

Parfois le seuil, c'est le plaisir. C'est-à-dire que lorsque le plaisir de travailler n'y est plus, c'est le signe que l'on est en épuisement : *« Moi je pense qu'il y a un degré avant l'épuisement professionnel. Un moment où tu es bien dans ton travail et où tu ne te vois pas faire autre chose. Franchement moi je ne me vois pas faire autre chose, il faut juste que je m'organise encore un petit peu. Je sais que tu peux prendre beaucoup de plaisir dans ton travail en consultation, et malgré tout avoir un truc qui est très envahissant. Tu te rends compte que tu es très fatigué, que ça ne va pas et que c'est trop. Donc tu vois que c'est trop mais tu as encore du plaisir. »*

« Après c'est sûr, la nuit je me réveille et je me demande si je ne dois pas tout arrêter, fermer le cabinet. Mais après je me dis que j'adore ce que je fais donc qu'il faut continuer. Mais je commence à me demander combien de temps je vais continuer. »

Dans certains cabinets de groupe, les praticiens sont aussi attentifs aux signaux de leurs collègues : *« Mon associée elle est coulée aussi, donc si je ne veux pas la retrouver en burnout ... Je suis très vigilante à la santé de mon associée aussi, parce qu'on a besoin l'une de l'autre et parce qu'on prend soin l'une de l'autre étant amies. »*

- **Non seulement les médecins ont des alarmes sur lesquelles ils sont vigilants, mais ils savent aussi quoi faire lorsqu'elles retentissent. Certains ralentissent leur activité, nous l'avons vu, d'autres prennent des congés à la montagne sans attendre :** *« J'ai refait encore un voyage dans le Jura en quelques mois après parce que j'ai senti que ça n'allait pas. Donc là j'ai dit j'attends pas l'arrêt de travail, je prends un remplaçant j'y vais tout de suite. Et ça m'a fait du bien, ça m'a permis de tenir. »*

D'autres mettent en place des séances de méditations avant leur consultation et s'inscrivent à des séminaires occasionnels : *« Quand ça ne va pas j'ai appris à faire*

des exercices, à respirer, à me calmer. Je fais des exercices de respiration avant de faire ma consulte. De temps en temps j'y retourne aussi, environ 3 fois par an. »

Et bien sûr, les praticiens conservent les coordonnées de l'association qu'ils ont utilisées, telle une soupape de sécurité : *« Elle m'a dit bien sûr je reste à votre disposition si besoin, à la moindre rechute ou quoi que ce soit vous appelez. Et pour être honnête j'ai refait le numéro début de cette année. »*

« Et je sais aussi que je peux les rappeler si j'ai un souci. »

« Et pour moi avoir une antenne comme ça que je puisse appeler c'est très important. De se dire au moins si j'ai besoin j'ai quelqu'un qui sait et qui saura m'écouter et me soutenir le temps que ça aille mieux. »

« Je ne suis pas à l'abri, mais je me dis que j'y retournerai aux séances de méditations si besoin, j'ai ça dans un coin de ma tête. Ça m'a aidé une fois ça peut m'aider une deuxième fois. Ça me rassure de savoir que ça existe. »

- **En prévention d'une récurrence, certains médecins échangent avec des amis et confrères à propos de leur pratique, pour avoir leur point de vue et pour ne pas s'isoler. Cela leur permet de comparer leur organisation professionnelle, et de partager des émotions difficiles à porter :** *« Moi j'ai de la chance j'ai des amis médecins avec qui je peux discuter de façon très profonde et qui m'aident vraiment. Certains sont hospitaliers et m'apportent un regard différent et ça m'aide à avancer. »*
- Les groupes de pairs peuvent être une solution pour amener les médecins isolés à se rencontrer :** *« Je pense que ce qui aurait été bien, ça aurait été un groupe de pairs. De pouvoir avoir un échange avec d'autres médecins. En tout cas avoir un groupe où on puisse discuter des problèmes relationnels avec les patients. Je pense que ça aurait pu m'aider. Et pour avoir un regard extérieur aussi, et neutre. Maintenant j'ai réussi à voir que je n'étais pas tout seul, et que ce n'était pas moi qui avais un problème et qui n'étais pas fait pour faire ce boulot. »*

- **Il y a un dernier point professionnel qui a été évoqué, c'est le rapport de sa pathologie avec ses patients et ses confrères. Faut-il en parler ou le garder pour soi ? Des praticiens le font selon les recommandations de leur psychiatre : « Il me dit de ne pas hésiter à expliquer aux gens... ».**

Ils ont appris à accepter la maladie, et acceptent d'en parler à leurs patients ou leurs confrères. : « *En vrai non, à mon retour ça ne m'a pas perturbé que les patients le sachent. C'est un métier qui est difficile on le sait. On n'est pas forcément respecté on le sait aussi. Tout le monde le sait, tout le monde le dit, mais personne ne fait rien. Donc non. Et si des gens me posent une question, je dis bah oui, effectivement, le médecin aussi a le droit d'être malade. Je le dis comme ça. Mais ils ont l'habitude, je suis assez franc. Sourire. Peut-être qu'avant je le cachais je ne sais pas. Mais en tout cas, là maintenant non je le dis et je dis même vous voyez, je me soigne. C'est tout. Mais j'ai remarqué, quand j'en parle à mes collègues c'est plutôt eux qui sont gênés que moi. Moi c'est bon j'ai accepté. J'étais en Burnout c'est vrai j'ai fait n'importe quoi, j'ai pas vu je me suis planté, et bien voilà, je remonte maintenant. »*

Accepter d'en parler peut d'ailleurs être perçu comme un signe d'amélioration : « *Et c'était difficile pour moi d'en parler il y a quelques années parce que c'était reconnaître que c'était possible, que ça m'était arrivé et ça me fragilisait. Le fait d'en parler était douloureux et ça montrait bien que je n'étais pas guérie c'est pour ça que je dis que je dois être en Burnout chronique. C'est-à-dire que la phase aiguë était passée, la phase critique, mais le fond n'était pas réglé. Et il m'a fallu du temps pour accepter. Aujourd'hui c'est plus facile d'en parler donc c'est que ça va mieux. Accepter d'en parler c'est un signe que ça va mieux je pense. »*

Mais cela demande du temps, notamment face aux patients qui ont des réactions différentes : « *Parce qu'ils ont tous vu que je n'allais pas bien, j'ai eu des cadeaux enfin bon bref... Et de toute façon j'étais remplacé, je n'avais jamais été remplacé avant. Donc ils ont compris. Et parmi les patients il y a eu les deux extrêmes. C'est-à-dire ceux qui étaient embêtés, qui me demandaient mais comment ça va, qu'est-ce*

qu'on peut faire pour vous, etc. Et puis ceux qui sont partis, qui m'ont demandé le dossier. Voilà, ça ça fait du bien quand on n'est pas bien. Et en plus c'est pas forcément les gens auxquels on aurait pensé. C'est très très compliqué ça, vraiment c'est pas facile. Il faut vraiment prendre du recul. Et après il y a ceux qui s'en foutent, qui vont d'un médecin à l'autre. Mais c'est rare en fait. Les gens étaient plutôt touchés et touchants. On est content que vous soyez revenu. On a quand même une place quelque part. »

b) Sur le plan privé

La prévention d'un nouvel épuisement professionnel comprend également des aménagements dans la vie privée. La gestion du planning, ici aussi est importante, il faut se dégager un temps personnel. Les médecins sont aussi plus vigilants par rapport à leur santé globale. Tant pour le planning que pour la santé mentale, ils cherchent à bien séparer leur travail de leur foyer.

- **Les praticiens insistent beaucoup sur l'importance d'un temps personnel. Il est important de se dégager du temps, en réduisant le temps passé au travail, mais aussi à la maison, par exemple en déléguant les tâches ménagères ou la comptabilité du foyer :** *« Je me suis dégagé du temps à la maison, j'ai pris une femme de ménage. Avant je ne voulais pas, j'estimais que quand j'étais à la maison il ne devait pas y avoir quelqu'un qui travaille pour moi. Mais maintenant j'ai accepté. Finalement je me demande pourquoi je n'ai pas accepté avant. »*

« Elle m'a conseillé de me faire aider. À la maison notamment. Même si mon mari ne travaille pas et qu'il s'occupe des enfants, c'est moi qui gérais les courses, le ménage, la compta. Et donc d'apprendre à déléguer. Et maintenant c'est mon mari qui gère tout ça. »

La concertation familiale est souvent nécessaire, et le travail du conjoint peut être concerné : *« Mon mari a changé de boulot également pour avoir plus de temps en commun à la maison. Il y a eu une concertation familiale. »*

« Mon mari va retravailler également, donc je pourrai me permettre de travailler moins. »

C'est aussi le moment choisi pour se retirer d'investissements multiples chronophages : *« Je me suis désinvestie beaucoup. J'ai pris de la distance avec des amis. Je suis moins présente pour tout le monde. Et j'ai dit aux gens excusez-moi mais je ne suis pas bien. »*

Ce temps dégagé doit ensuite être réinvesti pour soi-même : *« Du coup je me retrouve à avoir une journée entière avec du temps pour moi. Et ça c'est important par rapport au surmenage, des moments pour soi et pas pour gérer les tâches ménagères de la maison. »*

« Maintenant tu vois par exemple j'ai pris mon mardi après-midi pour une activité perso, je m'occupe d'un cheval, et mon mercredi après-midi pour une activité avec mon fils. »

« En fait maintenant j'ai l'impression d'avoir une deuxième vie. De revivre, de faire d'autres choses, de pouvoir aller à mes cours, de pouvoir partager des choses avec mon mari. C'est l'enrichissement de ma vie personnelle, parce que j'ai libéré du temps pour ça, qui fait que je vais mieux d'un point de vue professionnel. »

Le sport peut faire partie de ce temps personnel aménagé : *« Et la dernière chose que j'ai mise en place c'est de redémarrer des activités que pour moi. C'est-à-dire la danse que j'avais fait plus jeune, et le yoga. J'ai réouvert un peu ma vie personnelle. »*

« Ensuite moi je me suis fait mon programme. Je me suis mis beaucoup plus au sport. Je suis allée faire de la piscine, j'ai beaucoup marché. J'ai un chien donc je prends mon chien et je pars marcher dans les Vosges. Je faisais du yoga avant, donc j'en ai fait toute seule tous les jours. »

Une adaptation est parfois nécessaire. Par exemple en pratiquant le soir, ou avec des séances individuelles : *« J'ai fait du sport en fait, de la course à pied, en intérieur*

parce que je ne peux pas courir dehors, quand je sors du boulot il fait déjà nuit. Et puis même à la campagne dehors on ne sait pas sur qui on peut tomber. L'idéal ce serait dehors mais on fait ce qu'on peut avec ce que l'on a. Mais ça m'aide vraiment. Bon c'est les endorphines il n'y a pas de secret c'est ça. Et avant je faisais de la danse une fois par semaine, mais j'ai arrêté il y a quatre ans parce que ça me prenait trop de temps, même ça. Mais je trouve mon équilibre avec mon sport à la maison. Je le fais quand je peux et quand je veux. J'arrive à m'imposer des séances par semaine tellement ça me fait du bien. »

« Je fais du sport aussi, et j'ai repris le tennis avec des cours particuliers où je peux adapter les horaires. Moi le fait d'avoir des horaires à respecter, ça ne m'allait pas, ça me rappelait trop le timing du travail. Donc maintenant je fais du sport seule, de la course, de la natation, où je ne dépends de personne. »

Le sport aide à couper avec le travail, et il peut servir aussi à mesurer son état de stress : *« Il n'y a qu'au cheval que j'arrive à penser à autre chose. Il y a même un aspect de cheval miroir, qui reflète un peu ta nervosité. C'est-à-dire que si tu es nerveux, le cheval va le ressentir et ce sera plus difficile de le monter. »*

Outre le sport, les arts sont aussi appréciés : *« J'ai continué le dessin, je me suis mise à la contrebasse parce que ça fait longtemps que j'y pensais. Enfin j'ai fait énormément de choses en fait de moi-même. »*

- **Les médecins sont plus attentifs à leur santé personnelle après un épuisement professionnel. Sur le plan de la santé globale, ils s'organisent pour avoir une meilleure hygiène de vie, nous l'avons vu plus haut avec le temps personnel aménagé, mais certains praticiens décident aussi de prendre un médecin traitant autre qu'eux-mêmes :** *« Maintenant j'ai un médecin traitant, enfin c'est un ami, mais je ne me suis plus moi-même. On ne parle quasiment plus de Burnout ensemble mais même pour le reste c'est mieux je trouve. C'est une manière de faire plus attention à sa santé. »*

D'autres pratiquent une remise en question permanente et s'informent sur la pathologie pour ne pas replonger : « *Et après c'est la remise en question. Moi je me remets en question tout le temps, je lis plein de choses sur le burnout. C'est vrai que j'ai vu aussi des confrères faire des gros Burnouts, arrêter plusieurs mois, et c'est terrible. Ça m'a fait froid dans le dos.* »

La méditation est aussi un outil que certains utilisent à la maison pour préserver leur santé. « *Je me suis mise à la méditation, ça c'est la psy qui me l'a conseillée. Donc j'ai téléchargé les applications Calme et Petit Bambou sur mon téléphone, et je l'ai fait toute seule. J'en ai aussi fait sur internet.* »

- **Après un Burnout, les médecins cherchent également à séparer le travail de la maison. En distinguant par exemple le stress professionnel et le stress privé :** « *J'ai fait aussi un effort intellectuel à un moment donné. De considérer que mon boulot c'était mon boulot et pas ma vie. De fragmenter. Que si je suis énervé au boulot, ma vie à côté n'en pâtit pas. Et inversement. Chaque chose est de son côté. Et quand un côté va moins bien, ce n'est pas l'ensemble qui va mal. Et je pense que ça évite des gros syndromes dépressifs.* »

Les contraintes familiales importantes sont parfois une aide dans ce domaine, imposant le médecin-parent à couper de son travail pour pouvoir s'investir pleinement à la maison : « *Et après ce qui m'aide c'est la vie familiale quand même. Comme j'ai un enfant en situation de handicap et un tout petit, comment dire, quand je rentre à la maison je suis obligée de couper et de m'occuper d'eux. Parce que je ne suis pas beaucoup là et donc quand je suis là je suis obligée de mettre de côté tout ce que j'ai à faire au boulot. Et ça ça m'aide aussi parce que sinon quand on rentre à la maison on continue et là je n'ai pas le choix, je ne peux pas me poser et répondre à des messages ou appeler des patients. Je n'ai pas le choix, je suis obligée de laisser ça de côté pour quand je rentre au cabinet. Et si je n'avais pas ça, je continuerai, des courriers à scanner. Car on est happé par l'envie de vouloir faire au mieux.* »

6) Limites des prises en charge

Ces exemples de prises en charge ont aussi été critiqués par les médecins qui ont témoigné. On peut identifier des faiblesses qui ralentissent la guérison, ou qui limitent les moyens de prévention d'une récurrence.

a) En phase de traitement

On peut identifier des freins, qui interviennent à des moments différents de la prise en charge. Tout d'abord lors de la constatation des difficultés, il est parfois difficile pour le praticien épuisé de trouver le bon interlocuteur. Ensuite, nous verrons les points faibles des associations destinées aux professionnels de santé. Les limites touchent également les arrêts de travail et les traitements, qu'ils soient médicamenteux ou à travers la psychothérapie. Le retour au travail est aussi un moment de la prise en charge qui présente des faiblesses.

- **Lorsque le médecin prend conscience de son épuisement, il ne sait pas toujours à qui s'adresser. Nous avons vu plus haut qu'il peut chercher à en parler à son conjoint, mais que ce dernier ne trouve pas forcément de solution, voire il peut s'inquiéter de la situation, ce qui peut être à l'origine de tensions dans le couple. Le praticien peut aussi se tourner vers ses collègues de travail pour se confier et avoir leur avis. Mais là aussi ils peuvent avoir des réactions inadaptées, notamment s'il existe une différence générationnelle.**
- **Prendre contact avec un psychiatre est une des solutions qui a été avancée plus haut. Mais parfois les praticiens épuisés résistent par volonté de tenir : « Il y a plusieurs fois où je me suis dit que j'aurais besoin d'un soutien. Et il y avait moyen d'avoir un accès un peu privilégié avec les psychiatres du coin. T'es en plein Covid, t'es un généraliste qui es en train de péter un plomb, évidemment qu'ils auraient pris. Ou même par téléphone. Après il y a aussi le numéro de soutien COVIPSY ou je sais**

plus comment ça s'appelle. Je me suis noté le numéro quelque part. J'avais reçu ça par mail. Bref je me suis dit que j'avais besoin de soutien, mais je me suis dit il faut y aller, tu sers les dents et tu y vas. Il faut bosser en gros. »

Ou par peur de s'écrouler davantage : *« J'ai beaucoup de mal à aller voir quelqu'un et lui dire que je ne vais pas bien. Parce que si je le fais je vais encore plus mal. C'est comme si d'un seul coup je m'effondrais. »*

Ou par appréhension liée à des préjugés sur cette spécialité : *« J'y ai pensé plusieurs fois et, sans caricature par rapport aux psys... De principe les psys pensent que le patient est en délire et que ce qu'il raconte est faux. Alors qu'en médecine générale tu pars du principe inverse. Le mec il te dit qu'il a mal, tu considères qu'il a mal. Alors un mec qui vient en dépression tu ne vas pas dire qu'il est délirant, mais quand même les psys ont une mentalité un peu spéciale. »*

Un autre frein à cette démarche, c'est l'accessibilité à ces thérapeutes dans des délais raisonnables : *« Par contre quand même, juste pour dire. Le lundi quand j'ai appelé pour prendre un rendez-vous, j'ai appelé deux autres psychiatres. Il y en a une elle était sur répondeur elle ne prenait pas avant six mois. Et l'autre elle était à l'hôpital et on m'a dit qu'elle ne prenait plus et qu'il fallait que je trouve quelqu'un d'autre. Donc si j'avais pas eu le troisième numéro de celle qui venait de s'installer, je sais pas du tout comment j'aurais fait. »*

- **Les numéros verts dédiés aux médecins en difficulté existent, et nous l'avons vu précédemment ils représentent une option parmi les interlocuteurs des praticiens en Burnout. Mais cette alternative comporte plusieurs limites. La première, c'est que ces numéros ne sont pas suffisamment connus. Certains médecins n'en ont jamais entendu parler :** *« Parce que moi comme tu dis le numéro vert là, je n'en avais même pas conscience à cette époque là. Alors maintenant avec le Covid oui là je l'ai vu passer plein de fois. »*

D'autres le connaissent mais n'en voient pas l'utilité : « *Je sais qu'il existe un numéro pour les médecins en épuisement, mais je n'ai jamais appelé, car je ne vois pas comment ils pouvaient m'aider, à part me dire de réduire l'activité, de trouver un autre associé, (rires), enfin bon je ne voyais pas l'utilité. Donc je n'ai jamais fait ce numéro, je serais curieuse de savoir ce qu'ils m'auraient répondu, mais bon... (rire). Il faut le temps de le faire aussi. C'était un flyer que j'avais reçu mais je ne sais plus par qui, le conseil de l'ordre peut être. »*

Ou trouvent ce système trop impersonnel : « *Il y a comme dit l'idée que pour moi quand ça ne va plus, je m'adresse à quelqu'un que je connais. Je préfère être en confiance. Quelque chose de plus personnel. »*

Parfois le lien entre ces associations et les institutions ordinaires freine l'appel : « *ARENE c'est le truc qui a été mis en place par l'ordre ? Je connais le vice-président de l'ordre. Et il a l'idée que l'on ne travaille pas assez. (Imitation) Quand même vous pourriez faire un petit effort. (Rires). Après c'est la vieille école, il vient de prendre sa retraite, c'est pas la même vie, il avait Madame à la maison qui s'occupait de tout. Enfin c'est un autre monde, un monde qui n'existe plus. »*

A posteriori, certains médecins qui ont contacté ces numéros d'appel n'y ont trouvé qu'une réponse partielle. L'écoute leur a été précieuse mais il leur a manqué une suite, des conseils concrets pour l'après, pour se reconstruire : « *Oui mais tu vois ARENE c'est pas eux qui m'ont proposé des solutions. Ils étaient très bien pour écouter et poser le diagnostic, mais c'est pas eux qui m'ont donné les pistes pour m'en sortir. J'aurai voulu avoir plus de pistes tout de suite. »*

- **Parmi les traitements, il y a la psychothérapie, et certains praticiens auraient souhaité avoir des séances plus longues :** « *Peut-être un peu plus d'écoute, parce qu'une demi-heure voir des fois 25 minutes c'est pas beaucoup. » Il a manqué pour d'autres une ouverture vers des structures ou des séminaires spécifiques et multidisciplinaires axés sur le Burnout :* « *J'ai appris plus tard qu'il existait un*

séminaire sur l'épuisement professionnel, où tu rencontres des médecins du travail, des coachs, des DRH pour avoir vraiment un point de vue global. J'étais un peu déçue de ne pas l'avoir su avant tu vois. C'est un séminaire pluridisciplinaire, il n'y a pas que des médecins en Burnout. Mais à mon avis ce n'est pas une mauvaise chose. »

- **La prise d'un traitement médicamenteux est aussi fragilisée par la peur de rupture du secret médical, notamment auprès des professionnels de santé du même secteur :** *« Après le psy j'y ai déjà pensé 36 fois, en plus j'ai un pote qui est psy. (Rires). Bon il n'était pas question qu'il me soigne, mais à un moment donné il m'avait dit que je pouvais prendre un antidépresseur. Mais je vais pas encore me faire une ordonnance moi-même avec ça dessus ... Enfin le pharmacien il va se marrer quoi. (Rires). »*

- **Concernant les arrêts de travail, certains médecins ont regretté de ne pas en avoir pris :** *« Non ça je n'ai pas fait. J'aurais dû j'aurais dû. »* **D'autres auraient préféré qu'une autorité extérieure les y oblige :** *« Quelqu'un qui me mette un coup de pied aux fesses et qui me fasse arrêter plus tôt. Ça c'est clair. »* **Ce refus de s'arrêter peut s'expliquer par la perception du métier par les praticiens et le sentiment d'être un travailleur différent des autres, capable de tout encaisser. Prendre un arrêt de travail est alors considéré comme inconcevable :** *« Mais bon moi je n'arrive pas à m'arrêter même un jour. Je crois que je ne me suis jamais arrêtée depuis que je suis installée, il faudrait que je sois opérée ou inconsciente, (rire). C'est inconcevable pour moi de s'arrêter pour une maladie. Je viens même si j'ai mal au dos ou si j'ai la grippe, j'ai déjà travaillé avec de la fièvre, avec une gastro, j'ai vomi dans ma poubelle entre deux patients. (Rires). »* **Ou alors considéré comme une faiblesse :** *« Enfin ... J'aurais peut-être pris ça pour une faiblesse en fait, je le reconnais. (Rires). »*

Parmi les médecins qui ont accepté cet arrêt maladie, certains ont été freinés parce qu'ils n'ont pas trouvé de remplaçant, surtout en urgence, et qu'ils ont refusé de fermer leur cabinet : *« Elle aurait voulu que je m'arrête de travailler bien sûr, parce que j'avais besoin de repos. Sauf que c'était en plein été et l'activité est quand même moins soutenue en été. Donc je ne me suis pas arrêtée et j'ai continué à travailler même en Burnout. (Silence). Et puis de toute façon voilà, laisser le cabinet ? Mais t'as pas de remplaçant, c'est toujours le même problème. Je ne peux pas laisser mon associée seule face à la patientèle qui est devenue ... voilà quoi. Donc je n'ai pas pu m'arrêter. Dans un sens je le regrette parce que je pense que je m'en serais mieux remise, en tout cas plus vite, si j'avais pu faire un break peut-être de deux mois. Ne serait-ce que pour me reposer. »*

- **L'autre point faible, c'est la durée de cet arrêt. Il est difficile de prévoir combien de semaines de repos seront nécessaires pour récupérer, et parfois les contraintes financières imposent de reprendre plus tôt que souhaité. Parce que les médecins libéraux n'ont pas une bonne couverture sociale :** *« Mais il faut pouvoir s'arrêter. On n'a pas de congés payés donc il faut pouvoir financièrement. Financièrement c'est ingérable. Les assurances qu'on a ça ne démarre qu'au troisième mois. Ou au mieux J 30 donc on n'est absolument pas couvert là-dessus. On est maltraité. Et ça c'est un frein à la possibilité de pouvoir s'arrêter. On paye tellement de charges, tellement de trucs. Ça joue forcément. »*

« Si j'avais eu une activité salariée j'aurais demandé un arrêt, au moins pour souffler une semaine. Prendre du recul et reprendre ensuite après avoir amélioré les conditions de travail. Ça c'est sûr. »

Parce que les indemnités des prévoyances ont des conditions très restrictives pour les motifs psychiatriques, que ce soit le délai initial, ou alors la limite dans le temps du versement des indemnités : *« La prévoyance m'a indemnisé à partir de J30. Ce devait être à partir de J15 mais finalement comme c'est un motif psy, ce n'est*

que à partir de J30. Ça va que j'avais un peu d'argent de côté quand même parce qu'ils te paient en décalé. »

« J'ai deux prévoyances. La première qui me semblait-il, avait une option pour tout ce qui est dépression et problèmes psychiatriques, qui finalement m'a répondu que non, parce que je n'ai pas été en arrêt assez longtemps. Et la deuxième j'attends encore la réponse. »

« Et donc ensuite j'ai eu un an d'arrêt finalement, toujours avec un remplaçant. Et encore j'ai repris parce que financièrement je n'avais pas le choix, ma prévoyance ne m'indemnisait plus, mais je pense que j'aurais eu besoin de plus. En fait au bout d'un an ils m'ont dit stop, on arrête de vous payer. Donc j'ai regardé le contrat et effectivement, c'était écrit que je n'avais le droit qu'à un an d'indemnités pour raison psy, sur toute ma carrière. »

On peut souligner que les médecins ne sont pas toujours au courant de leurs contrats, ce qui freine la possibilité de s'arrêter : *« J'avais l'intuition que non, que ma prévoyance ne me couvrirait pas, et effectivement non clairement pas. Et quand on est malade en plus on ne peut pas changer la mutuelle. Donc voilà. À part être hospitalisé j'avais rien. Disons que j'avais rien au bout de je ne sais plus combien de jours. Il fallait 31 jours d'arrêt en continu je crois, et seulement après je commençais à être prise en charge. Donc je suis hyper mal couverte. Mais en vrai depuis que je suis interne j'avais jamais réévalué ma mutuelle. »*

Et lorsqu'ils cherchent à se renseigner, ils ne trouvent pas de personne compétente capable de les aider dans l'urgence : *« Donc trois semaines d'arrêt, et j'ai envoyé mon arrêt à la sécu, en pensant bien que j'aurais pas forcément grand-chose. J'ai même envoyé un mail pour savoir s'il y avait quelque chose en plus à faire. J'ai jamais eu de réponse. Enfin si j'ai eu une réponse comme quoi on envoyait mon mail à la personne compétente mais j'ai jamais eu de réponse. Donc là de nouveau la sécu n'en a strictement rien à faire. Je n'ai pas ce côté reconnaissance de la sécurité sociale qui ne joue pas son rôle de sécurité pour moi du coup, sociale. Donc ça aussi*

c'est un problème de reconnaissance qui fait que je n'ai plus du tout envie de rester dans la médecine générale et je n'y resterai pas. »

La situation est parfois encore plus difficile si le conjoint ne travaille pas : « Dans ma situation, mon mari ne travaille pas, donc effectivement il y a une pression financière car tout repose sur moi. »

« En plus on a une situation particulière parce que mon mari s'est arrêté de travailler pour s'occuper des enfants difficiles. Donc la charge financière repose sur mes épaules. (Rires). Donc si je m'arrête, ça ne rentre pas. (Rires). »

- **Parfois ce n'est pas des raisons financières qui poussent à reprendre plus tôt, mais les collègues, ou les patients auxquels le praticien est attaché :** « *Si j'ai repris trop tôt c'était surtout par rapport à mes collègues. (Silence). Et aux patients aussi. (Silence).* »

Et enfin, il arrive que le médecin reprenne le travail sans trop savoir si c'est le bon moment. Certains regrettent qu'une autorité extérieure ne soient pas intervenue pour donner ou non une aptitude de reprise : « *Je pense que j'aurais bien aimé qu'on me dise si j'étais capable de reprendre. Parce que j'ai repris trop tôt et j'ai rechuté 3 mois après.* »

- **Plus tard dans la prise en charge, il y a le retour au travail. Là aussi des points faibles existent et ont été évoqués. Le silence des associés tout d'abord, volontaire ou non il freine le praticien dans son processus de reprise :** « *J'ai été déçu par le comportement de mes associés, ils ne se sont pas remis en question, ils ne m'ont pas demandé de nouvelles. (Pause). Alors soit ils étaient gênés, soit ... Ça m'aurait aidé pour le retour au travail.* »

Il y a le comportement des patients aussi, qui reviennent rapidement en nombre au cabinet dès le retour du médecin : *« C'est très fragile. Les gens voient que je vais mieux donc ils reviennent plus. Donc j'ai plus de travail. »*

b) En phase de prévention de rechute

Nous avons vu dans la partie précédente que les praticiens cherchaient à mettre en place des éléments de prévention, tant personnels que professionnels, pour se protéger d'une récurrence. Néanmoins, il existe des limites à cela, pour lesquelles ils ne trouvent pas de solution.

- **Nous avons vu plus haut que plusieurs médecins cherchaient à s'associer à la suite d'un épuisement professionnel. La première limite à cela, c'est le manque de demandes, de volontaires qui acceptent de les rejoindre. Les médecins ne savent pas comment trouver des associés :** *« Aujourd'hui l'urgence c'est de trouver un temps médical en plus. Il faut trouver des remplaçants. La question c'est de savoir comment. »*

Certains praticiens souhaiteraient que quelqu'un d'extérieur les recherche et les trouve : *« Il me faudrait quelqu'un qui me trouve des temps médicaux en plus, remplaçant ou collaborateur. Cela me permettrait de faire mon travail sereinement et correctement. Je veux juste trois médecins en plus dans mon cabinet et tout va bien. »*

La seconde limite, c'est la charge de travail en plus nécessaire pour organiser une nouvelle association, et la complexité des textes de lois : *« Alors oui il faudrait un genre d'avocat qui s'occupe de ça pour toi oui... Mais réellement les installations, je pense que tu as des problèmes quoi que tu fasses. »*

- **Des changements d'organisation, comme la mise en place d'un secrétariat, ont aussi été évoqués. Mais son coût, qui implique des revenus (et donc un temps de travail) plus importants, peut freiner son développement :** *« Après une*

secrétaire physique c'est sûr que ça te coûte une blinde, et si tu dois travailler plus pour payer la secrétaire ça ne vaut pas le coup. Mais clairement ça me permettrait d'avoir des meilleures conditions de travail. »

- **Pour se protéger d'une rechute du Burnout, nous avons vu que les praticiens essaient de maîtriser leur agenda, notamment en posant des congés plus régulièrement. Cependant, il faut pouvoir trouver des remplaçants pour cela si l'on refuse de fermer le cabinet. Les médecins en épuisement professionnel étant souvent très investis pour leurs patients, ils cherchent en plus des remplaçants motivés qui ont une façon d'exercer proche de la leur ; ce qui réduit encore le nombre de candidats :** *« La difficulté c'est le manque de généralistes qui ont envie de travailler, de s'installer ou de remplacer. Et ça pour moi c'est aussi une des causes de la tension mentale que l'on peut ressentir en tant que généraliste. De sentir que l'on dépend de nos remplaçants, mais que finalement des remplaçants il n'y en a pas. Et encore, moi me faire remplacer par un branquignol comme j'ai eu cet été, je préfère encore ne pas avoir de vacances. Tu vois avant on disait le médecin généraliste il a beaucoup de charge administrative ... Alors c'est vrai que les dossiers MDPH, les courriers, les invalidités ... c'est vrai que ça prend du temps, c'est difficile. Mais pour moi ce n'est pas ça qui pèse le plus. Surtout maintenant que je n'ai plus de remplaçant valable parce que ma remplaçante est devenue mon associée. On sait aussi que plus de remplaçant, c'est plus de repos. Tu vois c'est cette pression-là de se dire attends je bosse comme un malade et si ça se trouve j'ai même plus de remplaçant derrière. Moi c'est plus ça qui me fait du mal. Une pression mentale qui pourrait être à l'origine d'un nouveau moment de détresse. [...] Et maintenant je prends encore plus conscience que de pouvoir compter sur un remplaçant c'est énorme. Moi je veux bien bosser comme une dingue mais si je sais que derrière je peux me reposer correctement. On est dépendant de ça en fait. Dépendant d'un truc qui est presque ingrat maintenant ! De trouver un jeune qui veut bien bosser quoi ! Bref la pression*

mentale là-dessus pour moi elle est énorme, et ça fait partie des critères de récurrence du Burnout. »

Et le fait d'être maître de stage ne facilite pas toujours cette recherche : « *Et bien moi je ne trouve pas que ça aide. On a des super stagiaires. Qui apprécient le stage. Mais on est trop loin de Strasbourg et ils ne restent pas. Aucun des internes qu'on a eu n'est venu remplacer chez nous. On a demandé s'il fallait qu'on change quelque chose mais ils nous ont répondu que non, c'était très bien mais trop loin. Les remplaçants que l'on trouve ce sont des gens du coin. »*

L'autre limite des congés, c'est la durée. Pour certains médecins, il est impossible de partir trop longtemps, car l'administratif s'accumule en leur absence : « *Et après il y a un gros problème sur les remplacements. T'es tranquille pendant une semaine, mais si tu pars deux c'est la galère totale. Même si tu as eu un bon remplaçant. Car quand tu reviens il faut tout reprendre. Et par exemple mon remplaçant à la Toussaint qui est pourtant expérimenté il ne m'a rien scanné. Et donc quand tu reviens tu as tout à rattraper. Donc partir souvent, j'aurais peur d'être trop en galère... »*

- **Nous avons évoqué précédemment que les praticiens cherchaient à limiter leurs horaires. Mais il est parfois difficile de dire non aux patients, notamment pour les urgences :** « *Le surmenage il n'est jamais loin. C'est pénible parce que je me sens un peu victime tu vois, impuissante. Parce qu'il y a une telle activité au cabinet. Comment faire ? Je cherche toujours des solutions. Ça fait cinq ans que je ne prends plus de nouveaux patients. Qu'est-ce que je peux faire de plus ? Mon mari me dit : tu n'as qu'à limiter tes horaires. Il me dit toujours ça depuis 15 ans. Mais réduis tes rendez-vous. Le problème c'est que j'ai du mal surtout dans les périodes où il y'a beaucoup de gens malades et où les gens ont besoin de moi. Je vis très mal le fait de dire non aux gens. Laisser un bébé qui a 39 de fièvre avec sa maman inquiète, je ne*

peux pas faire ça moi. Donc forcément je vais toujours dire oui et je ne vois pas comment changer ça. »

« Et en fait une des solutions c'est Doctolib, tout faire sur rendez-vous. Après faut réussir... Moi j'ai un problème c'est que je ne sais pas trop dire non. Donc quand quelqu'un qui t'appelle te dit qu'il est à l'agonie ou qu'il a de la fièvre, il faut réussir à lui dire non aujourd'hui je ne peux pas ce sera pour demain. Mais non moi je rajoute toujours les urgences. Surtout quand c'est tes patients, tu ne peux pas dire allez voir quelqu'un d'autre je n'ai plus de place. La solution ce serait qu'on soit trois au lieu de deux et que je m'organise autrement. Ou alors je me demande si je ne devrais pas commencer un peu plus tard, pour faire l'administratif en début de matinée. Mais si quelqu'un m'appelle à ce moment-là pour une urgence, je sais très bien que je vais lui dire de venir. (Rires). J'ai pas encore toutes les solutions. »

La gestion de la charge administrative dans la journée est aussi un point pour lequel il est complexe de trouver des solutions. Certaines tâches sont indispensables mais d'autres pourraient être raccourcies si les accès aux spécialistes et aux paramédicaux étaient facilités : *« Et il faudrait aussi faciliter l'accès aux spécialistes, ne pas être obligé de faire un mail pendant 20 minutes le soir pour vendre son patient, et avoir un réseau de paramédicaux, nous par exemple on a qu'une seule orthophoniste et elle est saturée. Si un enfant a un trouble du langage, et que l'on n'a pas d'orthophoniste, on se bat contre un moulin. Il faudrait des psychiatres aussi, sans avoir des listes d'attente de deux ans, cela aiderait beaucoup. »*

- **Nous avons vu que les praticiens cherchaient à se protéger des patients et de leurs exigences croissantes. Mais il existe un point sur lequel il semble plus difficile d'interagir, c'est le jugement que les patients ont de la médecine générale. Cette dernière aurait besoin d'être revalorisée par les institutions, contrairement au tiers payant notamment, qui a eu l'effet inverse.** *« Quelqu'un que l'on paye deux euros, ça n'a pas de valeur dans la tête des gens. Ça nous aiderait*

aussi si on nous soutenait de ce côté-là. Je ne demande pas d'argent moi, je demande du temps surtout, mais si on revalorisait la médecine générale, ça m'aiderait aussi. »

- **Nous avons souligné dans la partie précédente que pour se protéger de l'épuisement, les médecins cherchaient à échanger avec leurs collègues. Pour ne pas s'isoler, pour parler des cas difficiles, mais aussi pour comparer leurs façons d'exercer et pour savoir s'ils sont les seuls en difficulté. Mais pour les médecins qui exercent seuls dans leur cabinet, la comparaison n'est pas possible :** *« Nous on imagine parce que finalement on ne se rencontre pas trop entre collègues. On ne sait pas trop s'ils ont le même sentiment que nous ou si finalement c'est nous qui ne sommes pas assez endurants. »*

Et parfois, demander l'avis à des confrères n'est pas une bonne idée. Leurs réponses peuvent s'avérer inadaptées voire néfastes, surtout s'ils sont de l'ancienne génération : *« J'espérais plus trouver ça auprès de confrères du coin, les anciens, mais je me rends compte que c'est tout sauf une solution. C'est un sujet ... on ne peut pas parler de ça. Quand on en discute avec des anciens médecins on entend des mots durs. Moi c'est vrai que je ne travaille pas tous les jours mais j'ai quand même l'impression d'y passer du temps, et j'entends des choses comme « intermittent du spectacle » et ça vous met un scotch sur la bouche. Et donc je dis oui OK et c'est tout. »*

- **Sur le plan personnel nous avons vu précédemment que les médecins épuisés se préoccupaient également de leur propre santé. Mais pour ceux qui sont leur propre médecin traitant, le suivi n'est pas toujours optimal. L'idée d'une médecine préventive pour les libéraux a été évoquée :** *« Il y a l'URMLA aussi qui a essayé des choses. J'y ai travaillé à une époque et on parlait un peu de mettre en place*

une médecine préventive pour les libéraux. Ça ne s'est pas fait finalement en Alsace, mais ce serait une bonne chose. Ce serait bien de faire le point tous les cinq ans, tous les 3 ans, mais pas seulement sur le Burn out, sur la santé aussi, tu as fait ta mammographie, ton frottis ? ... »

Cette médecine préventive extérieure pourrait permettre d'aborder également les problèmes psychologiques dans les moments difficiles : *« Le problème quand un médecin ne va pas bien, Burnout ou dépression, la question c'est toujours vers qui se tourner ? Faut-il être son propre médecin traitant ? À qui j'en parle ? Tu es seul en fait. Alors moi l'idée d'avoir un médecin traitant extérieur ou une médecine du travail, bienveillante qui s'occuperait à la fois du risque médical et des risques psychosociaux dont le burnout, ce sont des choses qui peuvent se discuter. »*

« J'ai beaucoup de mal à aller voir quelqu'un et lui dire que je ne vais pas bien. Parce que si je le fais je vais encore plus mal. C'est comme si d'un seul coup je m'effondrais. Et je me dis que nous médecins, ce serait bien qu'on ait un superviseur, c'est-à-dire qu'on puisse avoir un retour d'autres médecins. »

La santé mentale des médecins passe aussi par le soulagement de leurs peines liées au décès de leurs patients. Mais encore une fois il manque un professionnel référent vers qui le praticien libéral pourrait se tourner : *« Après ce que je n'ai pas encore trouvé c'est un suivi régulier. Ça fait longtemps que je me dis que je dois aller voir un psy pour discuter de l'empathie pathologique. On a certains décès que l'on porte toute notre vie, et ça il faut pouvoir le gérer, et quand je dis le gérer c'est apaiser, apaiser la peine. Parce que finalement quand on perd un patient, sans que ce soit de notre faute, il meurt. Et on est attaché aux gens. Et c'est comme si nous on n'avait pas le droit d'avoir de la peine. Parce qu'il y a la peine de la famille et que l'on est là pour aider la famille. Et donc nous on n'a pas le droit. Et ben si, on devrait avoir le droit. On le dit mais on n'est pas légitime parce qu'on est le médecin. Et ça c'est un truc qui nous fragilise. J'ai l'impression des fois que mon âme ressemble à un cimetière. Par exemple quand je me promène dans les rues je me dis ah tiens mais il y avait un patient qui*

habitait ici. Et on devrait pouvoir échanger pour soulager ce genre de choses. Et globalement ça relâcherait la soupape ce qui fait que la densité du travail serait moins importante. À mon avis ça fait partie des solutions, c'est de pouvoir agir sur l'aspect psychologique de notre travail. Parce que ce n'est pas un travail banal. Et on est seul. On est on est complètement seul et on n'a pas le retour des confrères, parce qu'on est des concurrents... Et c'est un sujet tabou. Et c'est délicat parce que c'est un peu intrusif. Il faut savoir faire et entre nous on ne sait pas forcément faire. C'est pour ça qu'un professionnel... S'il y avait ne serait-ce qu'une cellule, il y en a des cellules psychologiques, mais qui connaissent vraiment comment on bosse, ça aiderait. Rien que de pouvoir décortiquer ce qui ne va pas. Mais il faut que le médecin fasse la démarche. »

Ce soutien psychologique a aussi été nécessaire pendant la crise sanitaire, et tous les médecins n'ont pas trouvé de réponse, malgré les initiatives : *« C'était très particulier comme période et on a tous été secoués. Et c'est vrai je pense qu'on aurait tous certainement besoin d'en parler. Alors on le fait entre nous, mais d'avoir quelqu'un qui supervise ou la possibilité d'appeler... alors il y a eu un mec qui a fait un numéro d'appel pour les soignants. Et c'est bien. Il y en a qui l'ont fait. »*

- **Nous avons abordé la méditation comme moyen de prévention. Mais c'est un domaine qui est encore peu connu auquel on ne pense pas en premier. Certains médecins regrettent que les jeunes professionnels n'y soient pas plus sensibilisés :** *« Et je pense qu'il faut surtout informer les gens, autant les étudiants que les médecins, expliquer ce qui existe. Je pense que ce serait bien de parler de la méditation aux étudiants, pour leurs patients et pour eux-mêmes. »* **On pourrait même imaginer que les séances soient prises en charges en tant que frais professionnels, comme cela existe dans certaines entreprises :** *« Vous pouvez en parler des séances de méditation, ce n'est pas très cher, et moi quand j'y étais, il y*

avait des participants qui se les faisaient payer par leur employeur. On pourrait l'imaginer pour des gens qui travaillent à l'hôpital, je ne sais pas. »

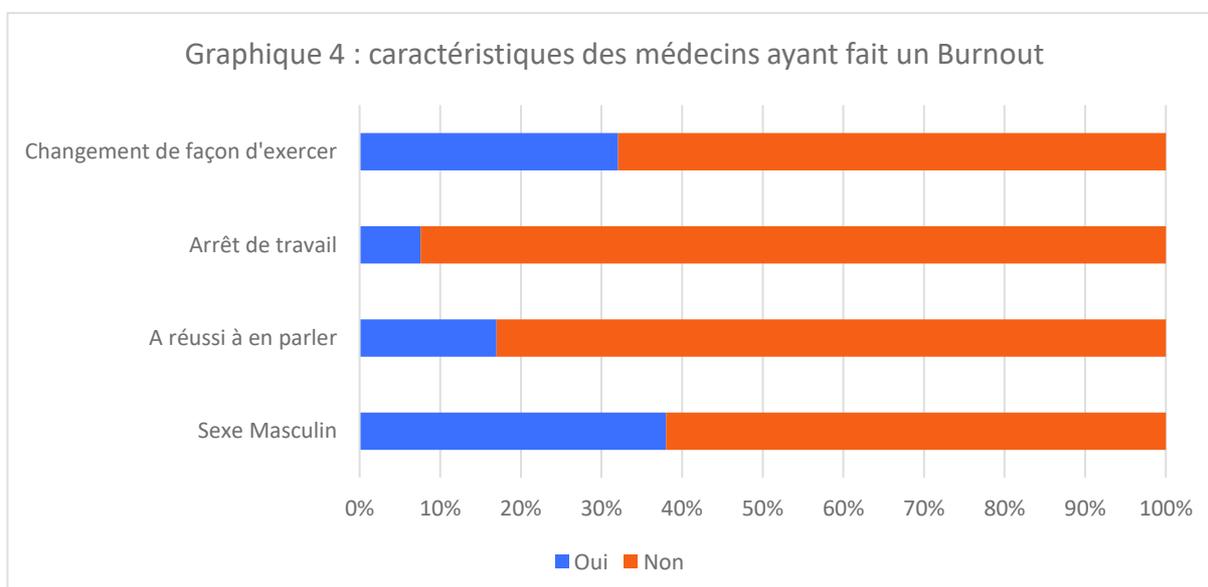
Si la méditation constitue pour certains un véritable rempart, on peut noter qu'elle ne convient pas à tout le monde et qu'elle peut même parfois aggraver les choses en fonction du type de méditation : *« Mais je pense que ça aussi ça m'a fait tomber. Parce que la méditation quand c'est trop et qu'on n'est déjà pas bien, ça te fait te focaliser sur tes problèmes et c'est pas forcément bon. Ça m'a complètement angoissé ça c'est sûr. Je pense que j'étais pas assez... Waouh... Je pense que j'étais pas assez bien pour faire ça. Alors j'ai voulu aller jusqu'au bout parce que j'avais décidé que j'irai jusqu'au bout mais ... hum... ça a été difficile en fait. Se centrer sur soi alors que l'on n'est pas bien c'est bien, mais ça peut être un peu trop. La méditation tu as plusieurs types. Il y a la méditation avec les applications c'est de la méditation guidée. Ça veut dire qu'il y a quelqu'un qui parle, et c'est plus facile. Le but de la méditation c'est de ralentir le flux de pensées. Moi le flux de pensées il est catastrophique. (Rires). Donc guidée ça ça va j'y arrive. Mais quand on fait une méditation complète en faisant un body scan, c'est-à-dire en se concentrant sur une partie de son corps, ou sur uniquement sa respiration, ça pour moi c'est terrible, c'est terrible je ne peux pas. Je l'ai expérimentée, et je suis super contente de l'avoir fait, mais je pense que c'est en partie à cause de ça que je suis retombée. »*

DISCUSSION

1) Résultats quantitatifs secondaires

Avant d'aborder pleinement la discussion de ce travail, il me paraît intéressant de vous présenter ici les résultats quantitatifs du questionnaire de sélection envoyé par mail aux médecins généralistes (ANNEXE 3). Ce questionnaire initial avait pour but de trouver des sujets, des médecins généralistes libéraux ayant fait un Burnout, pour pouvoir ensuite les contacter afin de leur proposer un entretien. Il n'avait pas pour objectif d'analyser les données quantitatives obtenues et ne permettait pas de tirer des conclusions. Bien qu'il s'agisse de données chiffrées ne pouvant pas intégrer la partie résultat précédente, il serait néanmoins dommage de ne pas les présenter.

Sur les 90 réponses obtenues, 53 médecins disaient avoir souffert d'un épuisement professionnel durant leur carrière, soit environ 59%. 38% d'entre eux étaient des hommes et 62% des femmes. L'âge moyen était de 46 ans. Parmi les 53 praticiens ayant eu un épuisement professionnel, seuls 9 d'entre eux (17%) ont réussi à en parler à un proche ou à un professionnel, et seulement 4 d'entre eux (7.5%) ont pris un arrêt de travail. Aucun n'a été hospitalisé pour ce motif. En revanche, 17 médecins sur les 53 (32%) ont changé leur façon d'exercer suite à cet épisode.



2) Forces et faiblesses

La principale qualité de cette étude repose sur son originalité. En effet, s'il existe de plus en plus de travaux sur le Burnout des soignants, peu étudient le sujet à travers le regard des médecins. La précision de la population ciblée est aussi intéressante puisque ce travail de thèse visait uniquement les médecins généralistes libéraux. La parole de ces praticiens étant rare sur un tel sujet, les témoignages recueillis représentent un bien précieux. Il est pourtant vrai et critiquable que la sélection des sujets a été difficile et a nécessité deux méthodes différentes, ce qui peut représenter une faiblesse.

Etant donné la crise sanitaire, les entretiens ont été réalisés de deux façons différentes, en présentiel et en visioconférence. Si le fait d'utiliser deux méthodes peut représenter un point faible, chacune apporte ses avantages. L'entretien en présentiel était plus pertinent pour percevoir les comportements et le langage non verbal. L'entretien vidéo, plus sensible aux latences de connexion, favorisait lui les réponses ouvertes.

La méthode qualitative était la plus adaptée pour cet exercice, les entretiens individuels étant les plus pertinents pour aborder un sujet si personnel. On peut cependant me reprocher le manque d'expérience dans le domaine de la recherche qualitative. Je pense que cela a eu un impact sur la reproductibilité des entretiens. Le recueil de témoignage est un exercice difficile, où le sujet est amené à se confier sur son expérience. Il faut donc lui laisser la parole, même s'il s'écarte un peu du sujet. Et je pense ne pas avoir eu la même patience à chaque entretien, revenant parfois plus rapidement à mon guide.

Bien sûr, le témoignage étant rétrospectif, il est possible que le sujet ait oublié de mentionner certaines données. Il est possible aussi que certaines informations aient volontairement été omises, le sujet étant sensible et personnel.

J'ai été confronté à une autre difficulté dans mon travail, c'est la dispersion des réponses. En effet j'ai constaté lors de l'analyse des entretiens, que les réponses étaient beaucoup moins linéaires que le guide des questions. En effet, les réponses ouvertes s'éloignent parfois du sujet initial, et il n'était pas rare d'avoir des réponses éparpillées, ou morcelées, qui sont parfois difficiles à regrouper et à synthétiser. Et malgré les questions de relance, il m'est arrivé d'avoir des réponses dispersées et surtout incomplètes. On peut également reprocher à l'analyse l'absence d'une seconde lecture, ne permettant pas une triangulation des données.

Enfin, on peut identifier un autre biais dans cette étude, c'est le biais de confusion lié à la définition de l'épuisement professionnel. Les personnes interrogées ont-elles véritablement présenté un burnout ? Il aurait été plus précis d'utiliser un questionnaire (Maslach ou CBI) afin de vérifier l'exactitude du diagnostic, mais il me paraissait délicat de commencer les entretiens par cet élément, ce qui aurait pu être considéré comme une mise en doute des propos des praticiens, et fermer la discussion. J'ai donc choisi de me référer au diagnostic d'un thérapeute, lorsqu'il y en avait eu un. Et pour les médecins qui ont posé eux même le diagnostic, je me suis assuré que les trois piliers de la triade diagnostic étaient bien présents. Néanmoins, j'ai pu noter dans certains entretiens que la baisse de l'empathie ne correspondait pas toujours à un véritable cynisme, et que la dévalorisation personnelle n'était pas toujours présente. Il est possible aussi que parfois le diagnostic exact soit plus proche d'un diagnostic différentiel, comme le trouble de l'adaptation, ou le trouble compassionnel. La difficulté du Burnout c'est qu'il n'est pas encore considéré comme une maladie, et il n'existe donc pas de définition européenne claire.

3) Comparaison des résultats avec les données de la littérature

Parmi les réponses qui ont été apportées à travers ces témoignages, certaines ont déjà été abordées dans différentes études, ou ont déjà abouti à des recommandations.

Voyons tout d'abord ce qui concerne la pose du diagnostic, la première étape de la prise en charge du burnout des médecins. Pour ceux qui ne sont pas conscients du problème, la constatation vient parfois d'un avis extérieur, mais encore faut-il qu'il existe. Pour les praticiens qui exercent à plusieurs, les collaborateurs ou associés ont ce rôle à jouer. L'épuisement professionnel est-il dépisté plus précocement chez les médecins qui n'exercent pas seuls ? Je n'ai pas trouvé de donnée chiffrée pour répondre à cette question. De même, on sait qu'être maître de stage est plutôt un facteur protecteur, mais rien ne prouve pour le moment qu'il permette de poser un diagnostic plus rapidement. Pour les médecins ayant un exercice individuel, on ne peut que recommander d'adhérer à un groupe de pairs. Même si leur but initial est l'échange de pratiques afin d'enrichir les compétences médicales de chacun, ce groupe de pairs permet aussi de ne pas s'isoler. Il offre la possibilité au médecin en difficulté de s'exprimer sur son mal-être, ou que ses confrères détectent son mal-être inconscient. En 2012 le Docteur Anne-Cécile PHILIBERT a réalisé sa thèse sur les groupes d'échange de pratique entre pairs (4). Elle avait demandé aux praticiens quels étaient les intérêts de ces réunions, et la moitié d'entre eux appréciaient que ce soit un lieu d'écoute, qui permet d'évoquer les cas difficiles et les erreurs médicales. Certes l'épuisement professionnel n'est pas clairement exprimé mais on retrouve déjà l'idée de pouvoir se soulager de pressions mentales, on peut en déduire que son intérêt est grand, notamment pour les Burnouts liés à l'épuisement compassionnel.

J'ai noté dans mes résultats que les confrères interviennent souvent dans la prise en charge du Burnout. Pour la reconnaissance des symptômes ou en tant qu'interlocuteur notamment. Il paraît donc intéressant de former les médecins à la prévention et au diagnostic de l'épuisement

professionnel. Pour soigner leurs patients, mais aussi leurs confrères, voire même eux-mêmes, en répondant à des auto-questionnaires proposés en formation par exemple. Les Docteurs ROBBE-KERNEN et KEHTARI soutiennent l'utilisation du questionnaire de Maslach dans leur article publié en 2014 dans la Revue médicale suisse (5).

A noter que la recommandation de formation a déjà été avancée dans *Burnout des médecins et autres praticiens hospitaliers*, publiée en 2018 dans l'Information psychiatrique (6). Même si cela concernait les praticiens hospitaliers, cette recommandation existe et elle incitait notamment les hôpitaux à inclure des formations sur le Burnout dans le cadre du DPC. Ce type de formation est proposé également pour les médecins généralistes libéraux. L'article insistait aussi sur la formation plus précoce, à la faculté. Malheureusement, le référentiel de psychiatrie étudié pendant l'externat ne comporte que quelques lignes sur le sujet. Néanmoins, il existe au niveau national un Diplôme Universitaire partagé entre Toulouse et Paris, intitulé *soigner les soignants*. D'un point de vue plus local, pour les internes qui s'orientent vers la médecine générale en Alsace, si le tutorat établi par le DMG est vigilant à propos de la santé mentale de ses internes (Je fais référence ici à la commission bien être qui est née en 2019. Cette dernière a été créée alors que plusieurs internes s'étaient confiés à leurs tuteurs à propos de leur mal-être. On peut aussi citer les groupes Balint proposés par le Docteur GUILLOU aux étudiants de médecine générale), il ne propose pas de formation spécifique sur le Burnout. A noter tout de même que nous rencontrons à la fin de l'internat des médecins généralistes qui viennent nous présenter leurs conditions d'exercice. Elles sont variées, certains exerçant en solitaire, d'autres en association, en privilégiant la vie familiale et/ou la carrière professionnelle ; et même un médecin qui a quitté le système libéral pour exercer en tant que salarié dans un centre de santé ambulatoire. Les internes sont donc sensibilisés au fait qu'il n'y a pas qu'un seul moyen d'exercer ce métier et que des aménagements sont possibles.

Le second point de la prise en charge qui a été identifié au cours des témoignages, c'est de savoir à qui s'adresser quand le praticien est conscient de ses difficultés. Certains en parlent à leur conjoint nous l'avons vu, et les réponses ne sont pas toujours adaptées. Faut-il former ou du moins informer les conjoints de médecins généralistes ? Faut-il mettre en garde les couples que l'absence d'un second revenu peut être un frein à la possibilité de s'arrêter en cas de Burnout du praticien libéral ? A ce jour il n'existe pas de « formation pour les conjoints de médecins », mais il est possible pour les proches du praticien de contacter des associations pour savoir quoi répondre, ou comment aider le professionnel en souffrance. En France, seule l'association MOTS (7) notifie clairement que son numéro d'appel est aussi destiné aux proches de médecins. L'association ReMed (Réseau de soutien pour médecins) en Suisse permet elle aussi aux proches du praticien de demander conseil sans obligation de soin (8).

Les confrères sont aussi des interlocuteurs de choix dans la démarche de recherche d'aide. Il peut en effet être intéressant de contacter un confrère ayant déjà fait un Burnout, afin de s'en protéger, à condition qu'il accepte d'en parler. Pour un praticien en difficulté, cela peut être rassurant de voir qu'il n'est pas le seul dans ce cas, et cette concertation avec des associés peut même aboutir à des changements d'organisation globaux au sein d'un cabinet de groupe. Mais nous l'avons vu, la limite de ces échanges entre confrères lorsque l'on parle du Burnout, c'est la réponse inadaptée de l'interlocuteur. Il existe une différence générationnelle de la perception du métier de médecin et elle peut être néfaste dans ces moments délicats. Si on ne peut pas recommander d'éviter aux praticiens en Burnout de s'adresser à certains confrères, il serait en revanche intéressant de former et de sensibiliser toutes les générations de médecins à cette pathologie nouvelle, ou en tout cas nouvellement reconnue. Au CANADA, le PAMQ (Programme d'aide aux médecins du Québec) (9) est sensible à cela, et ils ont publié sur leur site, pendant la crise sanitaire, une fiche proposant 6 conseils pour soutenir et écouter un collègue (ANNEXE 7). Et il est spécifié que le rôle du collègue à ce moment-là est surtout

d'être à l'écoute. Il n'est pas recommandé de chercher des solutions pour le confrère en difficulté.

Nous l'avons vu, les praticiens libéraux épuisés cherchent parfois à contacter des professionnels pour avancer. Le médecin traitant pourrait bien sûr être le premier interlocuteur, mais étant donné que trois quarts des médecins généralistes libéraux sont leur propre médecin traitant, il existe une impasse. Même si le médecin traitant d'enfance peut être une alternative, cette caractéristique majoritaire d'autosuiivi ne facilite probablement pas la prise en charge du Burnout. Nous y reviendrons plus loin.

Parfois ce sont des psychologues qui sont contactés en premier. Nous l'avons vu dans les témoignages, le motif d'appel n'est pas lié directement au Burnout. Cela peut concerner un bilan de compétences, une surcharge émotionnelle, ou une recherche de méditation. Il serait intéressant de savoir si ces consultations non spécifiques amènent finalement au diagnostic principal, et si elles débouchent sur une prise en charge optimale.

Le psychiatre du secteur est lui un interlocuteur de choix dans la démarche de prise en charge du médecin épuisé. Même si cette pratique est moins médiatisée que les numéros verts, elle est probablement fréquente. Soit parce que les plateformes d'entraide ne sont pas connues, soit parce que certains praticiens en souffrance préféreront contacter un psychiatre local qu'ils connaissent (souvent que de nom d'ailleurs) plutôt que de passer par une association par téléphone. Le grand problème de cette démarche, c'est la disponibilité du thérapeute. On sait qu'il est déjà difficile d'avoir un rendez-vous rapide chez un psychiatre que l'on connaît, alors on peut comprendre qu'il soit très complexe et vite décourageant de trouver un rendez-vous chez un psychiatre que l'on connaît peu. Car c'est tout le paradoxe ici. Le médecin épuisé aimerait avoir un rendez-vous rapidement pour lui-même, mais il ne peut pas faire jouer ses relations puisqu'il essaie de rester discret.

Les services d'écoute. Spécialement conçus pour les professionnels de santé en Burnout, le premier numéro vert est apparu en France en 2004. Il existe aujourd'hui plusieurs numéros verts pouvant être utilisés par les médecins généralistes libéraux en épuisement professionnel, dont 3 ont été mentionnés lors de mes entretiens.

Le plus ancien correspond à l'AAPML (10) pour Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux (0826004580) : C'est une association créée en 2004 par le Dr Regis MOURIES. C'est le premier dispositif français destiné aux médecins en difficulté psychologique. Il est financé par des fonds publics comme l'ARS Ile de France et des fonds privés comme les unions régionales de professionnels de santé et des dons privés. En pratique cela correspond à un numéro d'écoute téléphonique disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec des psychologues formés à l'écoute par téléphone, et formés sur les caractéristiques des professions de santé libérales. Lorsqu'un praticien appelle le numéro unique, il lui est attribué un numéro permettant de garantir l'anonymat. Il effectue ensuite un entretien avec un psychologue. L'association essaie de répondre à toutes les situations. Que ce soit la prise en charge immédiate devant un risque suicidaire, une écoute unique, une orientation vers des organismes compétents. Il est possible d'avoir jusqu'à 5 entretiens avec le même interlocuteur, permettant de démarrer une thérapie sur plusieurs séances. L'AAPML effectue aussi des actions de prévention et des actions engagées, comme la reconnaissance du Burnout en maladie professionnelle. Selon le Journal Médecine, AAPML c'est 1300 Appels en 10 ans (2005 à 2014), 62% sont des médecins généralistes. 11% sont des proches du professionnel. 54% des appels liés à un besoin d'écoute, 30% à une demande d'informations. 55% des appelants sont orientés vers des psychothérapeutes, 3% vers des hospitalisations, 11% vers des groupes Balint. A noter qu'elle fait partie depuis peu de l'European Association for Physicians Health. Récemment, l'AAPML a changé de nom pour devenir l'AAPMS Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants.

L'autre organisme très connu en France se nomme MOTS pour Médecin, Organisation, Travail et Santé ou Organisation du travail et santé du Médecin (7). L'Association est née en 2010, à

Toulouse. Elle s'est maintenant étendue dans plusieurs régions, surtout dans le Sud et le Nord de la France. Elle est destinée aux médecins en difficulté (et seulement aux médecins en théorie), notamment en épuisement professionnel, et à leurs proches. Que les praticiens soient salariés, libéraux, ou encore en formation. En pratique c'est un numéro d'appel 06 08 28 25 89, ouvert 24 heures sur 24. Les interlocuteurs sont des médecins, recrutés sur CV sur la base du volontariat, salariés de l'association. L'objectif est d'écouter le confrère en difficulté et de l'orienter vers une structure adaptée à sa problématique, le tout dans une confidentialité stricte. Le but de l'association est d'accompagner le médecin appelant vers une reprise en main personnelle et professionnelle dans le but de lui permettre de reprendre son activité de façon épanouie. Cette dernière est financée par des dons privés. A noter qu'il existe un partenariat entre MOTS et le CNOM, (via sa commission Entraide) dans lequel il est écrit que l'association doit inciter le praticien appelant à se manifester au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins afin de constituer un dossier dans le but d'obtenir une aide financière si nécessaire (11). Il est également notifié, que si le médecin de l'association juge que son confrère appelant peut mettre en danger ses patients ou lui-même, il doit s'efforcer de le convaincre de suspendre son activité et de contacter le CDOM en vue d'une entraide globale.

La troisième association s'appelle SPS pour Soins aux Professionnels de la Santé (12). Elle a été créée en 2015, pour lutter contre la souffrance au travail des professionnels de la santé qu'ils soient libéraux ou salariés (médecins, infirmières, kiné, secrétaires, aide soignants). Elle est indépendante de l'Ordre ou de l'Etat, bien qu'elle soit financée par des dons et des subventions de la CNAM et de l'ARS. Elle fait des actions de prévention (propose des formations en management, en self défense, sensibilise les praticiens sur l'importance d'une bonne alimentation, d'une bonne hygiène de sommeil, de la gestion du stress et de la pratique sportive). Elle prend aussi en charge les professionnels en souffrance. En pratique elle fonctionne sur 2 supports ; Il existe un numéro unique permettant d'appeler de façon anonyme (ou non) un psychologue, 24 heures sur 24 tous les jours de la semaine, ou une application

téléphonique qui permet de choisir son interlocuteur psychologue. (Ces derniers sont des psychologues libéraux, payés par la CNAM, qui proposent des plages disponibles pour répondre à l'appel). Le premier entretien se fait par téléphone (cette consultation est payée par SPS, mais pas les suivantes), il permet d'évaluer le risque suicidaire : si nécessaire, des mesures rapides sont mises en place. Ensuite, la prise en charge s'adapte à la demande du professionnel de santé. Une psychothérapie régulière par téléphone peut être débutée, ou alors des consultations présentiels peuvent être mise en place, avec des psychiatres, des médecins, ou des psychologues, présents dans chaque région de France. Cela est possible grâce au réseau national du risque psychosocial, regroupant 3 associations (SPS, le service de santé des armées et le réseau de consultation souffrance et travail). Il existe aussi dans chaque région des unités d'hospitalisation, dédiées aux professionnels de santé. Un accompagnement des médecins est possible, avec soit une aide à la reprise ou une reconversion professionnelle. (A noter que SPS peut aussi orienter les professionnels vers un réseau d'accompagnement en méditation pleine conscience, sophrologie, ou coaching). Sur le plan de l'aide financière apportée aux médecins en difficulté, l'association ne peut se permettre de payer les factures en retard des praticiens par exemple, mais cherche à orienter le médecin vers une prévoyance adaptée. L'association SPS a recensé 4000 appels de 2015 à 2019 puis 4000 appels durant le Covid, dont 11% de médecins.

ARENE (0805 250 400) Association Régionale d'Entraide du Nord Est. (13). Elle est fonctionnelle depuis 2015. Elle est destinée aux médecins et internes souffrant d'épuisement professionnel, d'une addiction, de maladie, ou devant faire face à un problème juridique ou fiscal. Elle correspond à un réseau d'entraide confraternel, sous forme d'une astreinte téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, tenue par une soixantaine de médecins volontaires et bénévoles. L'appel est anonyme et gratuit pour le praticien en souffrance. L'objectif d'ARENE est tout d'abord d'apporter une écoute par un confrère qui sait ce qu'est le métier de médecin. Ensuite, le but est d'orienter l'appelant vers une personne ressource. Le

plus souvent il s'agit d'un psychiatre ou d'un juriste, mais il existe aussi une prise en charge pour les problèmes d'addictologie. En effet, si une cure est nécessaire, il existe un partenariat entre les régions d'Alsace et de Lorraine, permettant au médecin de suivre son traitement dans la région voisine, pas souci de confidentialité. ARENE peut travailler en partenariat avec le conseil de l'Ordre, notamment si une aide financière est nécessaire. Par exemple, si l'ordre intervient, il peut suspendre le délai de carence de 90 jours des indemnités journalières. Si c'est un proche qui appelle l'association, le médecin concerné sera rappelé pour tenter d'en discuter avec lui. En termes de chiffre, avant la crise sanitaire il y avait environ 1 appel par mois.

Depuis 2018, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a essayé de regrouper l'offre de soins aux professionnels de santé, en créant le PASS (Programme Aide Solidarité Soignant). 7 associations locales sont ainsi unies : AAPMS (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et aux Soignants), APSS (Association Pour les Soins aux Soignants), ARENE (Association Régionale d'Entraide du Nord Est), le réseau ASRA (Aide pour les Soignants en Rhône Alpes), ASSPC (Association Santé des Soignants de Poitou-Charentes), ERMB (Entraide Régionale des Médecins de Bretagne) et MOTS (Médecin Organisation Travail Santé). Il existe désormais un numéro unique, gratuit et confidentiel, le 0800 800 854, qui oriente ensuite le praticien appelant vers l'association locale de sa région. Bien que ce soit le Conseil National de l'Ordre des Médecins qui soit à l'origine de ce numéro unique, il est bien précisé dans le SYNGOF publié en 2018 (14), que les entretiens entre le médecin et les associations, et les soins qui en découlent, restent strictement confidentiels vis-à-vis de l'Ordre. Le seul cas où l'Ordre doit être informé, c'est dans le cas où une aide financière soit nécessaire pour pouvoir utiliser le fond d'action social de la CARMF et pour pouvoir suspendre la franchise des 90 jours des indemnités journalières. Le PASS a également un gros objectif de prévention, avec pour mission de sensibiliser les jeunes médecins durant leur formation et

lors de leur installation. Sur le terrain, nous avons vu ci-dessus ce qui était déjà ou non mis en place.

Bien que de telles associations spécifiques existent pour les médecins en Burnout, elles ne sont pas toujours contactées par les intéressés. L'enquête Medscape de 2020 (2) interrogeait les médecins pour savoir à qui ils s'adressaient lorsqu'ils avaient des idées suicidaires. Même si la question est un peu différente, cela montrait que les praticiens s'adressaient à leur famille dans 50% des cas, à un collègue dans 48% des cas, à un psychiatre ou psychologue dans 29% des cas, et à un service d'écoute dans uniquement 3% des cas. On peut se demander pourquoi un chiffre aussi faible. Parce qu'elles ne sont pas connues a-t-il été évoqué dans mes entretiens. Il est vrai que ces organismes sont relativement récents, et qu'ils ne sont pas encore connus de tous les médecins (même si le principe d'un numéro vert s'est généralisé depuis la crise sanitaire avec la création de COVIPSY (15)). Les numéros verts peuvent être trouvés via un moteur de recherche, mais encore faut-il que le praticien fasse cette démarche. Rappelons que l'informatique n'est pas un outil universel pour tous les médecins (notamment pour les anciennes générations). Et quand bien même certains d'entre eux ont pris l'habitude d'aller se renseigner sur internet, on peut comprendre en cherchant « Médecin en Burnout » sur Google que le médecin en détresse peut vite s'y perdre et se décourager. En effet les premiers liens orientent vers des téléconsultations coordonnées par des organismes privés de prévoyance. Les seconds vers le Burnout général de tout patient, et c'est seulement en quatrième position, via un site d'agenda en ligne, que l'on peut trouver en bas de page le numéro unique d'aide aux médecins géré par le conseil National de l'Ordre. Vient ensuite le lien de l'étude Medscape sur le même thème et encore en dessous un autre numéro proposé par l'ISNAR IMG correspondant à l'ancien numéro de l'AAPML. La recherche d'un numéro vert via internet est donc complexe. On peut noter qu'en Alsace, le nom de l'association locale a été envoyé par mail à tous les médecins de la région, par le Conseil départemental de l'Ordre et l'Union des médecins libéraux. Cela peut s'avérer utile puisque des médecins conservent

ce numéro en cas de besoin, nous l'avons vu en amont, mais il existe aussi des situations où les médecins, conscients de l'existence de ces services d'écoute, choisissent volontairement de ne pas les contacter. Ce peut être parce qu'ils le considèrent comme sans intérêt, on peut se demander alors s'ils ont bien compris ce qu'était ce numéro vert et quelle aide il pouvait apporter. L'information n'est peut-être pas suffisante. Certains praticiens refusent eux de contacter cette plateforme parce que son lien avec les institutions et notamment avec l'Ordre est trop fort. En effet, comme le rappelle le Dr P. BARDON (14), gynécologue membre du conseil de l'Ordre du Loiret et aussi membre de l'association MOTS, « le médecin en état de Burnout passe le plus souvent sous silence son état pour ne pas alerter sa hiérarchie et par crainte de ne plus pouvoir exercer ». En plus de la crainte d'une suspension d'exercer, il y a les cas des médecins qui ont perdu confiance dans les institutions, et qui de principe refuseront de contacter toute structure pouvant présenter un lien avec l'Ordre. On peut donc se poser la question, est-ce que ce numéro vert doit être associé au Conseil National de l'Ordre des médecins, cela représente-t'il un frein significatif à son utilisation par les praticiens concernés ?

On peut comparer ce système Français à d'autres modèles existant depuis plusieurs décennies dans le monde.

L'un des plus réputés se trouve en Catalogne et se nomme le PAIMM (Programme d'Attention Intégrale aux Médecins Malades ou Caring Program for sick physicians) (16). Il a été lancé en 1998 par l'ordre des médecins de Catalogne, puis est dirigé depuis 2001 par l'association Galatea. Il est désormais indépendant des institutions. Son financement repose sur des dons venant du service de santé de Catalogne, d'associations de santé régionales et du ministère Espagnol de la santé. De plus, il existe un système de partenariat avec toutes les structures de soins de Catalogne qui acceptent d'adhérer au programme.

Son but est d'aider les médecins qui souffrent d'une pathologie mentale, ou d'une addiction, afin de pouvoir reprendre le travail sereinement et en bonne santé. Il propose des actions de

recherche, de prévention, des dépistages sur le lieu de travail, et une offre de soins importante. Il existe des moyens de consultation externe (ce qui n'est pas proposé en France), et depuis 2007 une clinique privée dédiée aux professionnels de santé, qui propose des consultations sur place, un système d'HDJ et des hospitalisations de longue durée. Initialement il ne s'adressait qu'aux médecins de Catalogne, mais désormais il s'adresse également aux médecins de toute l'Espagne, et à tous les professionnels de santé Catalans.

PAIMM donne également des recommandations pour les médecins qui constatent qu'un de leur confrère est en difficulté. Ils soutiennent même qu'en cas de déni du confrère, il faut le signaler au conseil médical du programme PAIMM.

En termes de résultat, il n'existe pas d'étude spécifique sur la prise en charge du Burnout, mais une étude prospective publiée en 2020 montre que la prise en charge des addictions est longue (2 ans de moyenne) avec 72% de sevrage atteints sur 126 médecins malades (17). Une autre étude publiée en 2014 (18) montrait elle que l'âge moyen des praticiens pris en charge par l'association avait reculé depuis 20 ans, que les troubles psychiatriques étaient devenus plus fréquents que les addictions, que les hospitalisations avaient reculé, et que les demandes volontaires de prise en charge avaient augmenté. Les auteurs signalaient d'ailleurs dans leur conclusion que le système PAIMM soignait davantage de médecins volontaires, en comparaison au système Américain de Columbia, qui prenait en charge surtout des praticiens ayant leur droit d'exercice suspendu. Pour les auteurs, le système Catalan est moins punitif car le traitement ne devient obligatoire que lorsqu'il existe un risque de faute professionnelle. A noter que la dernière notion n'est pas plus définie.

Outre atlantique, le modèle d'exemple de soutien par ses pairs se trouve au Canada, le PAMQ (9). Le Programme d'Aide aux Médecins du Québec est né en 1990 à l'initiative du Dr André Lapierre. Il est destiné aux médecins et étudiants en médecine du Québec. Les aidants sont eux-mêmes médecins. Ils sont bénévoles. On peut les contacter quel que soit le niveau de

difficulté rencontré. Cela peut aller de l'épuisement professionnel à une demande de conseils en vue d'un choix professionnel. Les problèmes pris en charge sont larges. Cela va de la réaction émotive, au trouble psychiatrique. Le PAMQ prend aussi en charge les addictions à l'alcool, aux stupéfiants ou aux psychotropes. Et également les troubles de conduite à caractère sexuels. Ils peuvent aussi aider les médecins à gérer des erreurs médicales ou des processus disciplinaires. Il existe également un travail de prévention et de recherche. Il est financé par des syndicats, des associations, le conseil de l'Ordre régional du Québec, et les facultés de médecine régionales. Les intervenants du PAMQ sont appelés médecins conseils, ils agissent en tant que conseiller, ils ne posent pas de diagnostic et ne prescrivent pas de médicaments au médecin appelant. En pratique, les médecins peuvent contacter l'association par téléphone ou mail 7 jours sur 7, entre 9 et 20 heures. C'est gratuit. La confidentialité est mise en avant mais les modalités ne sont pas présentées. Le nombre de prises en charge recensées par an est important, environ 1800. Cela est lié au fait que le PAMQ ne s'intéresse pas seulement aux médecins en difficulté majeure, mais aussi aux médecins qui ont simplement besoin de parler d'un cas difficile et de soulager la charge émotionnelle liée à leur métier. On peut citer en ce sens le Dr Anne MAGNAN, directrice générale du PAMQ : « Faire appel au PAMQ, c'est comme bénéficier d'un refuge où il est permis d'exprimer sa vulnérabilité, d'un lieu où il est possible d'enlever son costume de superhéros ».

Au niveau européen, il existe une jeune association appelée EAPH pour European Association for Physicians Health (19). Il s'agit d'un site internet, géré par des membres de différentes associations ou institutions de l'Union Européenne (comme la fondation Galatea dont nous avons déjà parlé, l'Irish College of GPs, ou la British Medical Association). L'EAPH propose des conférences sur la thématique du Burnout des soignants et soutien la recherche au niveau international.

Une fois le diagnostic posé, et verbalisé, le médecin en burnout peut mettre en place un traitement à court terme.

Citons tout d'abord la psychothérapie. Élément central de la prise en charge, on peut entendre dans les différents témoignages qu'elle existe sous différentes formes : de durées variables, en ambulatoire ou en hospitalisation, en présentiel ou à distance, en séances collectives ou individuelles. J'ai relevé dans mes entretiens qu'il existe un débat quant au fait que la psychothérapie doive se faire entre professionnels de santé ou parmi tous les patients souffrant de Burnout. Je pense que cela dépend de la volonté du patient, mais il doit savoir que toutes les options existent. En effet, un médecin épuisé a la possibilité de suivre des thérapies avec des gens de tous les milieux professionnels, cela l'aidera notamment à se détacher de la médecine, et d'avoir un point de vue issu d'autres milieux. Au contraire, il existe des cliniques privées totalement dédiées aux professionnels de santé (Clinique Belle Rive à Villeneuve-lès-Avignon ou la Clinique Le Gouz en Bourgogne). Un point semble revenir fréquemment, c'est la nécessité d'ouvrir cette psychothérapie à une prise en charge globale. Les médecins soulignent bien l'importance de proposer une thérapie de couple, une psychanalyse et bien sûr un coaching afin de les aider à reprendre le travail dans de bonnes conditions. L'apport insuffisant de conseils pratiques nécessaires au changement d'organisation est un reproche qui est parfois fait aux professionnels appelés, (qu'ils soient issus ou non des associations spécifiques), que j'ai pu entendre au cours de mes entretiens.

Le traitement médicamenteux correspond au second point de prise en charge initiale ayant été abordé par les médecins interrogés. Si les molécules sont souvent similaires (Antidépresseurs et Anxiolytiques), ce sont les modalités et les durées de prescription qui diffèrent. Certains praticiens préfèrent s'auto-prescrire les traitements alors que d'autres insistent pour qu'un spécialiste en soit responsable. Il n'existe pas de recommandation pour ce sujet particulier, mais le Conseil National de l'Ordre des Médecins cherche plutôt à limiter l'auto-prescription. En effet, dans son rapport de la Commission Nationale Permanente datant de 2008 (20), intitulée « le médecin malade », il est stipulé que l'auto-prescription des

médecins doit au minima être encadrée. D'autre part, on peut noter que certains médecins refusent de prendre un tel traitement par crainte de rupture du secret médical, notamment auprès du pharmacien local. Le souci de confidentialité doit donc être primordial.

Vient ensuite l'arrêt de travail. Il représente l'un des points clés du traitement de l'épuisement professionnel. Lors d'une conférence de Mars 2021 (21), le Docteur CHAPELLE Psychiatre à Toulouse, soutenait que « un vrai Burnout c'est 3 mois d'arrêt ». En pratique, nous avons vu que la réalité est différente. Lorsqu'un médecin met en place un repos dans son activité, on parle plutôt initialement d'une ou deux semaines (comme s'il prenait des vacances finalement), avec par la suite une reconduction si jugée nécessaire. Il est rare que le médecin choisisse 3 mois de repos dès le départ, ce qui est pourtant recommandé, pour couper efficacement avec le travail. La raison de cette différence est probablement liée au caractère libéral de la profession. En pratique, les médecins en Burnout ne sont pas véritablement en arrêt de travail, ils se font remplacer pour pouvoir s'absenter. Souvent très investis dans leur cabinet, pour leurs patients et par solidarité pour leurs collègues, l'idée de fermer simplement leur cabinet ne constitue pas une possibilité. On comprend alors que le premier facteur limitant de la durée du repos, c'est la disponibilité des remplaçants, surtout dans l'urgence. Les médecins l'ont dit dans leur témoignage, il faudrait que quelqu'un cherche et leur trouve un remplaçant. La question est de savoir qui aurait la capacité et la légitimité de réaliser ce travail ? L'ordre ? Les associations de prise en charge du Burnout ? Faudrait-il créer une réserve de médecins remplaçants mobilisables pour les praticiens libéraux malades ayant des besoins urgents ? Le second facteur limitant perçu au cours des entretiens correspond à la couverture sociale des médecins libéraux. Ces derniers se sentent mal couverts par l'assurance maladie et leur prévoyance, et ils préfèrent éviter un arrêt de travail trop long, de peur de se laisser dépasser par les charges de leur cabinet. En pratique, si un médecin libéral dispose d'un arrêt de travail, il peut bénéficier d'une indemnité journalière de la CARMF à partir du 91^e jour d'arrêt, d'un montant de 136 euros par jour maximum (soit 4000 euros par mois), et ce pour 3 ans

maximum (22). Depuis le 1^{er} juillet 2021, il peut bénéficier d'une indemnisation de l'URSSAF (23), du 4^e au 90^e jour, d'un montant de 169 euros par jour maximum (soit 5000 euros par mois). Quand on sait que les charges professionnelles d'un médecin sont au moins équivalentes, cela peut expliquer la réticence à accepter un arrêt de travail. (A noter que le fait d'être remplacé ou de fermer le cabinet ne rentre pas en compte dans le montant des indemnités). On peut penser aussi que les médecins ne sont pas assez informés à propos de leur couverture sociale, et qu'ils refusent de prendre un arrêt de travail par méconnaissance de leurs droits. On peut supposer que le système trop complexe est difficile à comprendre pour un professionnel seul, ayant déjà sa patientèle à gérer. On peut penser également que cette lourdeur administrative devrait être enseignée lors de l'internat, en complément des présentations du syndicat AJIR. Il faudrait faciliter l'accès à ces informations, peut-être via des conseillers indépendants des institutions.

Outre la CARMF, les prévoyances peuvent apporter des indemnités complémentaires. Cependant elles sont parfois très réticentes à indemniser les médecins pour motifs psychiatriques, dont l'épuisement professionnel (motif exclu du contrat ou alors limité dans le temps). Même si les choses ont évolué depuis quelques années, cela reste un sujet très sensible sur lequel le praticien libéral peut être lésé. Et le Conseil National de l'Ordre des Médecins en est conscient. En effet, dans son rapport « le médecin malade » datant de 2008 (20), il proposait que la révision des contrats de prévoyance devienne une obligation réglementaire des médecins en exercice. Il prévoyait aussi que le conseil de l'Ordre fournisse une grille comparative des différents contrats proposés.

Le retour au travail est aussi un axe important de la prise en charge. Certains médecins choisissent une reprise à temps partiel. Il faut savoir que ce système existe aussi pour les libéraux via la CARMF (aide de reprise progressive à l'emploi) et via certaines prévoyances. Néanmoins ce retour au travail est parfois difficile, notamment à cause du retour massif des patients et du silence (souvent par gêne) des associés, comme l'ont précisé les médecins

interrogés. La décision du moment de la reprise peut aussi correspondre à un problème majeur, car un médecin reprenant trop tôt son activité risque une rechute. A qui devrait alors revenir cette décision ? On a pu voir dans un témoignage que l'idée d'une aptitude à reprendre, qui serait donnée par un professionnel, n'était pas une solution impensable. Cette proposition soulèverait énormément de questions, mais elle mérite d'être évoquée. Dans le programme PAIMM en Catalogne, sans parler exactement d'aptitude, il existe un contrat moral (20) entre le médecin patient et l'association, dans lequel le praticien s'engage à reprendre son travail que lorsqu'il en aura les capacités. Cette notion peut s'étendre au refus initial de l'arrêt de travail. Nous l'avons vu, il y a des médecins qui n'acceptent pas de s'arrêter ou qui ralentissent seulement leur activité. L'arrêt de travail devrait-il être imposé au médecin par sécurité pour ses patients (et pour lui-même) ; comme il l'est pour un pilote d'une compagnie aérienne par sécurité pour ses passagers ?

Pendant cette période de traitement initial, nous avons vu dans les entretiens que les médecins essayaient de mettre en place un moment personnel. Que ce soit à travers une retraite à la montagne, spirituelle, ou à travers l'élaboration d'un planning d'activités, l'important est de prendre du temps pour soi (et uniquement pour soi), en mettant entre parenthèse le travail mais aussi une partie des tâches ménagères ou administratives que le médecin-parent pourrait avoir à gérer. Dans ce contexte d'épuisement pour les autres, l'idée d'un moment personnel semble nécessaire.

Comme l'ont ensuite mentionné les praticiens interviewés, le médecin en Burnout inclut dans son traitement une réflexion à long terme. Il tente de changer d'organisation, notamment sur le plan professionnel. Les pistes évoquées lors des entretiens sont nombreuses et seront certainement différentes en fonction de la personnalité de chacun, mais on peut retenir par exemple la mise en place d'un secrétariat. Dans sa thèse sur les l'évaluation des facteurs de

risques psycho sociaux des médecins généralistes (24), le Dr A. JULIEN soutenait en 2016 que la présence d'une secrétaire permettait de réduire le temps passé au cabinet de 24 minutes par jour, uniquement pour la partie gestion des rendez-vous. Le retour des médecins à propos de l'intérêt d'un secrétariat était plutôt en faveur d'un bénéfice. La crise sanitaire a eu pour conséquence de forcer des médecins à changer d'organisation (passer au tout rendez-vous notamment), ce qui a finalement été perçu comme un point positif par les praticiens en Burnout. On peut se demander alors si l'obligation de changement d'organisation ne serait pas un bénéfice dans la prise en charge des praticiens en Burnout. On peut faire le lien avec les médecins qui ont des contraintes familiales les obligeant à quitter le cabinet à une heure fixe. L'intérêt d'un coaching exigeant semble donc intéressant dans la prise en charge d'un épuisement professionnel, et la prévention de sa récurrence.

Un autre exemple peut retenir notre attention, c'est la création d'une association. En effet les médecins peuvent décider à la suite d'un Burnout, de créer ou de changer d'association. Le Docteur A. JULIEN rappelle dans sa thèse (24) que l'activité d'un médecin en cabinet de groupe est équivalente à celle d'un médecin travaillant seul. Mais son activité est plus concentrée, lui permettant de se libérer une demi-journée supplémentaire. Cette information est intéressante quand on sait que le médecin épuisé cherche à se libérer un temps de repos dans la semaine. Mais la création d'une association engendre une charge administrative importante, et est complexe sur le plan législatif. Les médecins interviewés expliquent qu'ils ne savent pas vers qui se tourner pour obtenir de l'aide dans ce domaine. L'ordre des médecins peut apporter son aide bien sûr, mais on est encore loin de ce qui est proposé au Québec, où l'association indépendante PAMQ répond rapidement et conseille les médecins sur ce genre de décisions à prendre (9).

Le changement qui semble le plus important pour les médecins qui ont témoigné, c'est la libération de temps, de pouvoir couper avec le cabinet. Que ce soit dans la semaine, en prenant un jour de repos (en s'arrangeant avec les associés ou en trouvant un remplaçant régulier), ou en prenant des vacances plus régulièrement. Le tout dans le but de trouver un

équilibre. Mais la limite principale de cet aménagement réside dans la capacité de trouver un remplaçant motivé, et qui a la même façon de travailler que le médecin demandeur. Or les praticiens libéraux ont de plus en plus de mal à trouver de jeunes confrères susceptibles de les remplacer. Ils se retrouvent donc dans une situation où leur possibilité de repos dépend des remplaçants, ils ne maîtrisent plus complètement leur organisation professionnelle (qui est pourtant paradoxalement libérale).

Au-delà de l'organisation, les médecins vont chercher aussi à modifier leur attitude avec les patients. En évitant de trop sympathiser avec eux par exemple, par prévention, de peur que des relations trop amicales viennent augmenter les demandes et les exigences des patients. D'autres médecins vont eux adopter des mécanismes de défense qui influent sur l'offre de soins. Par exemple, en sélectionnant leurs patients, plus jeunes, avec des dossiers moins lourds à gérer. Certains font même le choix de ne plus intervenir en maison de retraite. Rappelons que selon l'article R 4127-47 alinéa 2 du Code de la santé publique cela est tout à fait légal, même après plusieurs années de suivi. (« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles »). Pour se protéger d'une rechute, un praticien a mis en place un système de régulation de sa patientèle, en limitant l'afflux de nouveaux patients lors de départ en retraite d'un confrère des environs. Certes la situation sera moins confortable pour les patients, mais cela lui permet de garder la main à son cabinet afin de continuer à donner des soins de qualité, au détriment de la quantité. Rappelons que les patients ou familles de patients pourront se tourner vers le conciliateur de l'assurance maladie s'ils présentent des difficultés à trouver un nouveau médecin traitant (25). On retrouve chez d'autres praticiens cette idée de moins se mettre au service des patients pour se protéger soi-même. En étant moins souple sur les horaires d'ouverture du cabinet par exemple, ou en refusant de remplir des dossiers administratifs hors consultation (MDPH...) Il y a cependant

des variables du métier de médecin généraliste libéral pour lesquelles il est complexe de trouver des aménagements. On peut citer la gestion des urgences et le travail administratif.

Cette volonté de vouloir se protéger en diminuant les privilèges accordés aux patients est d'autant plus difficile à mettre en place qu'elle s'inscrit dans un sentiment de dévalorisation globale de la Médecine Générale par les pouvoirs publics. On a en effet pu entendre dans les entretiens précédents que les médecins seraient soulagés si les patients avaient plus de considération pour leur profession et moins d'exigences. Le tiers payant a probablement facilité l'accès aux soins pour la population générale, mais n'est-ce pas au détriment des médecins généralistes et de leur santé mentale ?

La diversification de l'activité fait partie des changements mis en place par les médecins interviewés. En augmentant les formations par exemple, afin de sortir du cabinet, mais aussi dans le but d'améliorer ses connaissances et de se valoriser. Certains font le choix de prendre une activité salariée à côté de leur activité libérale, pour travailler en équipe notamment. Et puis il y a les praticiens qui font le choix de recevoir et de former des étudiants en médecine. Selon eux, cette démarche permet de travailler en équipe, de gagner du temps, et de renforcer la satisfaction personnelle à travers la pédagogie. Selon le collectif Médecins MSU (Maitre de stage universitaire), associé au Collège National de Médecine Générale (26), « devenir MSU est un moyen de lutter contre l'épuisement professionnel, le Burnout, en sortant de la routine, en prenant du recul sur sa pratique. Cela permet de réconcilier les médecins généralistes avec le plaisir au travail. » Une étude sur les médecins généralistes MSU des Pays de la Loire, publiée en 2015 dans le Journal Santé Publique (27), montrait que la satisfaction professionnelle des MSU (93%) était plus élevée que la satisfaction professionnelle moyenne des médecins de la Région (80%).

Cependant, il existe des cas où les médecins ayant souffert d'un épuisement professionnel choisissent de réduire, voire de stopper, leur activité de Maitre de stage. En effet, elle peut

aussi être considérée comme très prenante (selon le stagiaire du moment) et sans considération de la faculté.

Nous l'avons vu, pour se protéger d'une rechute, les médecins ayant présenté un Burnout, apprennent à reconnaître des signaux d'alerte leur indiquant qu'il faut agir pour ne pas replonger. Le signal est souvent en lien avec la communication qu'il peut avoir avec son patient. Le bégaiement par exemple, le manque de patience, une irritabilité inhabituelle... Et plus important encore, les praticiens savent comment réagir lorsqu'ils constatent l'apparition de ces signaux. Certains ralentissent leur rythme de travail ou prennent des congés. D'autres vont recontacter les professionnels qui les avaient aidés au début de leur prise en charge (le numéro vert d'une association pour les soignants, un psychothérapeute organisant des séances de méditations). Il existe donc une solution de repli à laquelle ils peuvent se rattacher. Et cette dernière leur permet de poursuivre l'exercice de leur profession.

Concernant la méditation, elle a été citée comme mesure préventive à plusieurs reprises au cours de mes entretiens. Un médecin disait par exemple faire une séance quotidienne à son cabinet avant chaque consultation depuis son Burnout. On peut citer à ce sujet la thèse de mon collègue le Docteur JB. COLLIN, datant de 2020 (28). Il montre en effet dans son travail que la réalisation quotidienne d'une séance de méditation collective permet de diminuer de façon significative le score d'épuisement professionnel chez les internes travaillant dans un service d'urgences adultes.

La prévention d'une récurrence du burnout passe aussi par des aménagements sur le plan privé. Comme lors de la phase initiale de la prise en charge, le praticien-parent essaye de se libérer du temps au foyer (engager une femme de ménage, réorganisation des tâches avec le

conjoint, responsabilisation des enfants), pour conserver un temps personnel de loisir qui lui est totalement dédié.

Sur le plan personnel, parmi les praticiens interviewés, certains ont rapporté être plus vigilants à propos de leur propre santé depuis leur épisode de burnout. En prenant un médecin traitant autre que soi-même par exemple. C'est un comportement intéressant mais qui reste peu fréquent, malgré la campagne « Dis Doc t'as ton doc » organisée par le collège Français de Réanimation en 2017 (29), qui recommandait à chaque médecin de prendre un médecin traitant. Ce sujet a été étudié récemment à Strasbourg, dans le travail de thèse du Docteur GROUTHIER publié en 2020 (30). Il y précise que selon un sondage de l'IFOP pour le CNOM, sur 301 médecins, 75% ont déclaré être leur propre médecin traitant (81% même pour les généralistes), et la moitié d'entre eux se disaient moins bien suivis que leurs patients. Or il expliquait dans sa thèse que les 3 motivations principales d'un médecin généraliste à se faire suivre par un confrère étaient en premier le souhait d'avoir une prise en charge objective et globale, en deuxième la volonté de partager les décisions concernant sa santé, et en troisième la possibilité d'avoir un espace et un temps pour partager ses préoccupations. Sachant qu'il a été rapporté dans mon étude qu'il manquait un système de suivi pour les praticiens libéraux, avoir médecin traitant semble être une solution. Et en allant plus loin sur le domaine de l'épuisement professionnel, si cela ne permettrait pas de lutter efficacement contre une récurrence de ce fléau ; voire plus en amont, d'améliorer le dépistage en amenant une possibilité de dialogue. Si des résultats futurs allaient dans ce sens, se poserait alors la question d'une obligation de suivi pour les médecins généralistes. Que ce soit à travers un médecin traitant autre que soi-même ou par l'intermédiaire d'une médecine préventive pour les libéraux. Cette proposition a déjà été avancée par la Commission Nationale Permanente de 2008 (20) qui voulait « convaincre les médecins de désigner un confrère comme médecin traitant, ceci devenant extrêmement important devant des pathologies lourdes ou des pathologies psychiatriques » ; ou qui jugeait « nécessaire d'instituer pour le médecin un bilan de santé

régulier, comme pour les pilotes d'avion, afin de confirmer la capacité à exercer, et éventuellement, en cas d'incapacité, d'offrir de nouveaux modes d'exercices ». Dans sa thèse, le Dr GROUTHIER montre d'ailleurs que 42% des médecins généralistes interrogés seraient favorable à une visite médicale obligatoire et régulière.

Par ailleurs, il semble certain qu'il faille donner la possibilité aux médecins libéraux de pouvoir se libérer de la charge émotionnelle accumulée par leur exercice professionnel. Le programme COVIPSY (15), mis en place en urgence pendant la crise sanitaire pourrait correspondre à la demande des praticiens de ville. Ou bien cela doit-il être le rôle des services d'écoute dédiés aux soignants comme c'est le cas au Québec avec l'organisme PAMQ (9) ?

CONCLUSION

Cette étude qualitative a montré que les médecins généralistes libéraux Alsaciens mettaient en place des stratégies différentes pour se sortir du Burnout.

Arriver au diagnostic représente déjà une première étape complexe. Certains y parviennent seuls, en constatant un changement de comportement avec leurs patients notamment ou en réalisant un auto-questionnaire ciblé. D'autres ont besoin d'un tiers extérieur qui leur fait prendre conscience de leur épuisement professionnel. Les groupes de pairs et les formations sur cette pathologie présentent donc probablement un grand intérêt dans le dépistage du Burnout des médecins libéraux.

Vers qui se tournent ils ensuite pour demander de l'aide ? Nous avons vu qu'à cette étape les associations spécifiques aux soins des soignants avaient une place centrale. Grand pilier du traitement des médecins en épuisement professionnel, elles se sont développées ces dernières années, et se sont presque toutes articulées autour d'un numéro vert géré par le conseil National de l'Ordre des Médecins. Mais elles ne représentent pas la seule réponse. En effet, par manque de visibilité ou par manque de confiance, certains praticiens libéraux en souffrance cherchent plutôt à en parler à leur conjoint, à contacter des confrères ou un psychiatre du secteur. Il semble alors important que les familles de médecins puissent se renseigner auprès d'associations compétentes, que les confrères puissent trouver conseils dans l'attitude à adopter, et que les psychiatres locaux aient des disponibilités pour ces médecins de ville en difficulté. Il existe également des situations où le médecin épuisé refuse

d'en parler à qui que ce soit. Se pose alors la question d'une notification à un organisme compétent et indépendant des institutions, comme cela est recommandé en Catalogne.

En termes de traitement initial, là aussi les témoignages sont variés. La psychothérapie semble y prendre une place de choix : certains médecins préféreront une prise en charge individuelle ou dans des structures spécifiques, comme les cliniques dédiées aux professionnels de santé, alors que d'autres se tourneront vers des séances collectives pluriprofessionnelles. Dans tous les cas, les médecins en Burnout apprécient que la prise en charge soit globale, avec une orientation vers une thérapie de couple si nécessaire, et des conseils d'organisations concrets permettant d'initier des aménagements professionnels à leur cabinet. Les traitements médicamenteux font également partie des pistes proposées à cette étape. Mais la médication présente des limites que sont l'auto-prescription et la peur d'un manque de confidentialité des pharmacies locales. Même s'il n'est pas toujours pris, l'arrêt de travail est également un des éléments centraux du début de la prise en charge des médecins épuisés. Les durées de convalescence sont variables mais elles sont surtout limitées par le manque actuel de remplaçants, et une couverture sociale faible ou mal connue. Le retour au travail, même s'il se fait parfois à temps partiel, peut être difficile. Notamment en cas d'un retour massif des patients ou d'un silence des collègues. Certains médecins ayant repris trop tôt et ayant rechuté par la suite, se posent la question de l'intérêt d'un avis extérieur qui validerait ou non l'aptitude à reprendre l'exercice pour ces praticiens.

Pour ces médecins de ville victimes du Burnout, le traitement passe aussi par des aménagements sur le long terme qui permettront d'éviter une récurrence. Sur le plan professionnel déjà, des choix sont faits pour limiter le temps passé au cabinet, tels que la mise en place d'un secrétariat, le passage aux rendez-vous, ou la création d'un cabinet de groupe. Bien que ces changements demandent du temps et qu'une aide externe serait appréciée sur le plan juridique (pour les contrats d'association par exemple), ils constituent une des solutions d'organisation. Une autre piste de prévention se tourne vers l'augmentation du temps de repos.

Que ce soit en prenant un jour de repos régulier dans la semaine, ou en prenant des congés de façon plus régulière. Cependant, la mise en place de ce système est difficile pour les médecins de ville qui refusent de fermer leur cabinet, car ils se sentent dépendants de remplaçants motivés de plus en plus difficiles à trouver. Les aménagements professionnels de ces médecins de famille comprennent aussi un changement de comportement avec leurs patients. En effet certains d'entre eux mettent en place des mécanismes de défense pour se protéger d'un envahissement futur, tels que le refus de sympathiser ou l'arrêt de suivi des seniors en maison de retraite. La sélection de nouveaux patients et sa régulation sont aussi des outils utilisés. Ces décisions sont d'autant plus difficiles à prendre que les praticiens ressentent une dévalorisation de la médecine générale par la population. Sur le plan professionnel, certains médecins de ville choisissent de diversifier leur activité, pour profiter du bénéfice valorisant des formations, d'une activité salariée annexe, ou de devenir maître de stage. Au contraire, d'autres praticiens vont eux se détacher de toute activité pédagogique qu'ils jugent trop prenantes et sans considération de la part des institutions. Dans un but préventif, les médecins libéraux ayant été victimes de Burnout cherchent également à reconnaître des signaux d'alerte en lien avec leur comportement durant une consultation tels que l'impatience ou l'irritabilité. Une fois détectés, ils ralentissent leur activité ou recontactent le numéro vert qui leur avait été utile auparavant. Ces actions de secours représentent une garantie qui leur permet de poursuivre leur métier.

Le domaine privé est aussi concerné par ces aménagements. La libération d'un temps personnel dédié fait par exemple partie des solutions avancées. Les médecins interviewés disent aussi être plus vigilants à propos de leur propre santé, en prenant un médecin traitant par exemple.

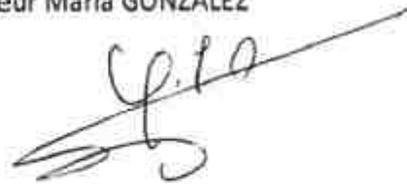
Certains voudraient même aller plus loin et regrettent qu'il n'existe pas une médecine préventive pour les praticiens libéraux, ou un référent à qui ils pourraient se confier afin d'apaiser la charge émotionnelle accumulée à la suite de leur investissement auprès de leurs patients.

VU

Strasbourg, le.....6...Septembre 2021

Le président du jury de thèse

Professeur Maria GONZALEZ



Vu et approuvé
Strasbourg, le 08 SEP 2021
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

Annexe 1 : Maslach Burnout Inventory (MBI)

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

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

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !

Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Maslach, C et col. (2006). *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Presses du Belvédère.

Annexe 2 : Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

	<i>Votre choix</i>
Vous sentez-vous fatigué(e) ?	Jamais/très faiblement ▾
Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) physiquement ?	Rarement/faiblement ▾
Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) émotionnellement ?	Quelquefois/peu ▾
Combien de fois pensez-vous « je n'en peux plus » ?	Souvent/fortement ▾
Vous sentez-vous exténué(e) ?	Toujours/très fortement ▾
Vous arrive-t-il de vous sentir faible ou prédisposé(e) à être malade ?	Sélectionnez... ▾
Vous sentez vous usé à la fin de la journée de travail ?	Sélectionnez... ▾
Etes-vous fatigué le matin à la pensée d'une nouvelle journée de travail ?	Sélectionnez... ▾
Pensez-vous que chaque heure de travail est fatigante ?	Sélectionnez... ▾
Avez-vous assez d'énergie pour la famille et les amis durant vos loisirs ?	Sélectionnez... ▾
Votre travail est-il épuisant émotionnellement ?	Sélectionnez... ▾
Est-ce que votre travail vous frustre ?	Sélectionnez... ▾
Vous sentez-vous épuisé à cause de votre travail ?	Sélectionnez... ▾
Trouvez-vous difficile de travailler avec des patients ?	Sélectionnez... ▾
Trouvez-vous frustrant de travailler avec des patients ?	Sélectionnez... ▾
Travailler avec des patients vous vide-t-il de votre énergie ?	Sélectionnez... ▾
Avez-vous l'impression de donner davantage que vous ne recevez lorsque vous travaillez avec des patients ?	Sélectionnez... ▾
Êtes-vous fatigué de travailler avec des patients ?	Sélectionnez... ▾
Vous demandez-vous parfois combien de temps vous allez être capable de continuer à travailler avec des patients ?	Sélectionnez... ▾

Burn out si ≥ 50

Annexe 3 : Questionnaire initial envoyé par mail à tous les médecins généralistes d'Alsace

Bonjour docteur,

Je m'appelle Jean-Baptiste MIGEOT, je suis interne en médecine générale à Strasbourg et je réalise ma thèse sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes. Ce travail a pour objectif d'étudier les facteurs de risques, la prise en charge, ainsi que l'évolution des médecins qui ont présenté un Burn out. J'espère à terme, que ce travail permettra d'identifier les moyens spécifiques à mettre en œuvre pour aider nos confrères en difficulté, souvent isolés.

Dans un premier temps, je souhaite interroger les médecins généralistes libéraux Alsaciens via ce questionnaire. Ensuite, un entretien individuel sera proposé à une dizaine de médecins volontaires, touchés par l'épuisement professionnel, afin de recueillir leur témoignage.

Ce questionnaire est très court (8 questions), je vous serai très reconnaissant de prendre une minute pour y répondre :

- 1) Etes-vous un homme/une femme ?
- 2) Quel est votre âge ?
- 3) Quel est votre type d'exercice : Libéral ou Mixte
- 4) Pensez-vous avoir déjà souffert d'épuisement professionnel ? (Épuisement, dépersonnalisation et baisse de l'estime de soi, dû au travail)
- 5) Cet épuisement professionnel vous a-t-il amené à en parler à une association ou à consulter un médecin ?
- 6) Cet épuisement professionnel a-t-il été la cause d'un arrêt de travail (temporaire ou définitif)
- 7) Cet épuisement professionnel a-t-il été la cause d'une hospitalisation ?
- 8) Cet épuisement professionnel a-t-il été à l'origine d'un changement d'activité ?

Numéro de questionnaire :

(Correspondant à la première lettre de votre prénom suivi de 4 chiffres au choix)

En cas de réponse positive à la question 3, vous pouvez, si vous le souhaitez, me transmettre votre numéro de questionnaire avec votre adresse mail, je vous contacterai ultérieurement afin de vous rencontrer et d'échanger à propos de cet épisode. Sachez que les données issues de cet échange seront bien entendu anonymisées.

Voici mes coordonnées : jb.migeot@gmail.com

Encore merci pour votre aide,

Je vous transmets pour information le numéro 0805250400 de l'association ARENE (Association Régionale d'Entraide du Nord EST), qui est une association de médecins, à l'écoute des médecins présentant des difficultés morales, judiciaires ou fiscales. Cette association peut aider, écouter ceux qui le demandent et les orienter vers des professionnels adaptés. L'appel est anonyme et gratuit, 24h/24 et 7j/7.

Annexe 4 : Mail adressé au praticien après autorisation donnée à mes cointernes

Bonjour Docteur,

Je me permets de vous contacter à propos de mon travail de thèse sur les conditions de travail des médecins généralistes et plus précisément sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux.

Je m'appelle Jean-Baptiste MIGEOT, je suis actuellement en dernière année d'internat de médecine générale et mon travail a pour but d'étudier la prise en charge des médecins qui ont présenté un burn out. On parle souvent des facteurs de risque mais peu de la prise en charge et du devenir des médecins qui en ont souffert. J'espère à terme que ce travail permettra de mettre en place des moyens spécifiques pour aider les médecins en difficulté, souvent seuls face à ce sujet tabou de notre spécialité.

J'ai rencontré plusieurs médecins qui ont présenté un burn out, que ce soit dans mon entourage ou chez des maîtres de stage, et tous me disaient ne pas savoir à qui s'adresser.

Voilà pourquoi je cherche à recueillir les témoignages de médecins qui ont présenté un épuisement professionnel durant leur carrière, afin d'identifier les différentes prises en charge.

Je propose de faire cela sous forme d'entretien, où et quand le médecin le souhaite. Les données recueillies sont bien sûr anonymisées.

Si vous pensez avoir présenté un burnout et si vous acceptez de me donner votre témoignage, cela m'aiderait énormément pour mon travail.

Vous pouvez me contacter par mail ou par téléphone (0684494662). N'hésitez pas à me demander si vous souhaitez avoir plus de précisions sur mon travail ou l'utilisation des données.

J'espère que nous aurons l'occasion de nous rencontrer,
Cordialement,

Jean-Baptiste MIGEOT

Annexe 5 : Mail adressé aux médecins ayant répondu au questionnaire

Bonjour Docteur,

Je vous remercie d'avoir répondu à mon questionnaire de thèse sur la prise en charge de l'épuisement professionnel des médecins généralistes. Accepteriez-vous que l'on se rencontre pour échanger à propos de votre expérience ? C'est un entretien qui dure généralement 30 minutes. Cela peut se faire en présentiel ou par visioconférence si vous préférez. Bien entendu, les données restent anonymes.

L'intérêt de cet entretien est de savoir concrètement ce que les médecins font pour se sortir et se protéger de l'épuisement professionnel. Il existe des associations d'aide, des structures (récentes et peu connues en Alsace), mais en pratique les praticiens touchés se débrouillent souvent seuls. Voilà pourquoi je cherche à recueillir leur témoignage.

Si vous acceptez de me donner le vôtre, cela m'aiderait énormément pour mon travail.

Vous pouvez me contacter par mail (jb.migeot@gmail.com) ou par téléphone (0684494662). N'hésitez pas à me demander si vous souhaitez avoir plus de précisions sur mon travail ou l'utilisation des données. J'ai personnellement essayé d'aider un médecin, un proche, en Burn out et je sais que c'est difficile d'en parler.

J'espère que nous aurons l'occasion de nous rencontrer,

Cordialement,

Jean-Baptiste MIGEOT

Annexe 6 : Guide d'entretien

- 1) Parlez-moi de votre activité professionnelle avant votre burnout ?
(Question plus large de : Quel était votre type d'exercice avant de faire un burnout ?)
(Libéral ou salarié, seul ou en maison pluridisciplinaire, type de patientèle, comportement avec les patients, horaires, rendez-vous, visites)
- 2) D'après vous, qu'est ce qui a été à l'origine de votre burnout ?
(Identifier les facteurs de risque ressentis)
- 3) Comment votre burnout a t'il été diagnostiqué ? (Seul, famille, proche, confrère)
(relance de la question précédente)
- 4) Qui avez-vous contacté ? (Association, médecin traitant, ordre) (relance)
- 5) Quelle prise en charge avez-vous eu ? (Parlez-moi de la prise en charge, comment avez-vous ressenti votre prise en charge ?)
- 6) Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de cette prise en charge ? Qu'est-ce qui vous a manqué dans cette prise en charge ?
- 7) De quelles aides avez-vous bénéficié sur le plan financier ?
- 8) Qu'est-ce qui a changé avec votre travail depuis votre burnout ?
- 9) Que faites-vous aujourd'hui pour vous protéger d'une récurrence ? (Relance de la précédente mais voir si aménagements aussi sur le plan privé)
- 10) Pensez-vous aujourd'hui encore souffrir d'épuisement professionnel ? Comment vous vous sentez aujourd'hui par rapport au burnout ?
- 11) Est ce que vous pensez avoir besoin d'aide ? Et si oui il faudra proposer les numéros

Annexe 7 : Fiche conseils de PAMQ



SIX CONSEILS POUR SOUTENIR UN COLLÈGUE

ÉCOUTER

- É** **ÉVALUEZ l'ÉTAT** de votre collègue. Vous semble-t-il différent ? Parle-t-il ou agit-il différemment ? Les médecins sont habiles pour cacher leurs émotions, ce qui peut masquer les effets du stress. Les signaux externes de détresse sont parfois subtils.
- C** **CHERCHEZ** à savoir **COMMENT** il va. Demandez-lui comment il se sent. Un simple « Ça va ? » peut vous en apprendre beaucoup.
- O** **OUVREZ** la discussion. Faites part à votre collègue de vos observations et de vos inquiétudes.
- T** **TROUVEZ** le **TEMPS** d'écouter votre collègue. Prenez le temps qu'il faut pour le mettre en confiance. Préparez-vous avant d'entamer la conversation.
- E** **EXPRIMEZ** votre **EMPATHIE**. N'oubliez pas qu'empathie et sympathie ne sont pas synonymes. Mettez-vous à la place de votre collègue. Ce n'est pas le temps de lui raconter vos propres expériences. Malgré toute votre bonne volonté, vous risquez ainsi de l'empêcher de verbaliser ce qui le tracasse.
- R** **REVENEZ** à l'essentiel. Comme soignant, vous avez appris à diagnostiquer et à guérir. Réfrénez votre envie d'agir comme médecin en tentant de trouver le problème et le remède. Le soutien et l'écoute peuvent être plus aidants qu'une solution concrète. Adoptez une approche empreinte de compassion.

BIBLIOGRAPHIE

1. Delbrouck M. Burn-out et médecine. Cahiers de psychologie clinique. 1 mars 2007;no 28(1):121-32.
2. Burnout des médecins français : enquête 2020 [Internet]. Medscape. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://francais.medscape.com/diaporama/33000229>
3. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Sante Publique. 1 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.
4. François P, Philibert A-C, Esturillo G, Sellier É. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. La Presse Médicale. 1 janv 2013;42(1):e21-7.
5. Robbe-Kernen M, Kehtari R. Les professionnels de la santé face au burnout. Facteurs de risque et mesures préventives. Revue Médicale Suisse 2014 ; 10 : 1787-92
6. Shadili G, Goumard D, Provoost J-P, Pallec GL. Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers. L'information psychiatrique. 14 févr 2018;Volume 94(1):13-8
7. Association d'aide psychologique aux médecins à Toulouse [Internet]. [cité 27 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/>
8. ReMed [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://remed.fmh.ch/fr/>
9. PAMQ [Internet]. PAMQ. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <http://www.pamq.org/>
10. Galam E, Mouriès R, Dupré L. Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux (AAPML) 0826 004 580. Bilan à 10 ans. Médecine. Novembre 2015 427-432
11. charte-entraide-MOTS-CDOM.pdf [Internet]. [cité 27 juill 2021]. Disponible sur: <https://association-mots.site-privilege.pagesjaunes.fr/wp-content/uploads/sites/4204/2017/06/charte-entraide-MOTS-CDOM.pdf>
12. Association Soins aux Professionnels de la Santé [Internet]. [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.asso-sps.fr/>
13. ARENE : Association Régionale d'Entraide du Nord Est | Conseil départemental de Moselle de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 11 août 2021]. Disponible sur:

<https://conseil57.ordre.medecin.fr/content/arene-association-regionale-dentraide-du-nord-est-0>

14. Bardon P, Paganelli E. éveillons les consciences ! Décembre 2018; Num 115, 17-19

15. 5e83db67ca69f_Dispositif COVIPSY.pdf [Internet]. [cité 12 août 2021]. Disponible sur: https://ajpja.fr/uploads/file/5e83db67ca69f_Dispositif%20COVIPSY.pdf

16. What is PAIMM [Internet]. [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: https://paimm.fgalatea.org/en/que_es.html

17. Bruguera E, Heredia M, Llavayol E, Pujol T, Nieva G, Valero S, et al. Integral Treatment Programme for Addicted Physicians: Results from The Galatea Care Programme for Sick Physicians. *Eur Addict Res.* 2020;26(3):122-30

18. Braquehais MD, Valero S, Matalí JL, Bel MJ, Montejo JE, Nasillo V, et al. Promoting voluntary help-seeking among doctors with mental disorders. *Int J Occup Med Environ Health.* juin 2014;27(3):435-43

19. EAPH - European Association for Physician Health [Internet]. [cité 10 août 2021]. Disponible sur: <http://www.eaph.eu/home.html>

20. lemedecinmalade.pdf [Internet]. [cité 12 août 2021]. Disponible sur: <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmalade.pdf>

21. Chapelle F, L'épuisement professionnel des soignants, conférence via m-soigner formation, conférence en ligne du 11/05/2021

22. Guide 2021 de la Carmf : incapacité temporaire et invalidité 2021. <http://www.carmf.fr/doc/documents/guides/guide-incapacite.pdf>

23. Site internet de la CARMF [Internet]. [cité 12 août 2021]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=actualites/communiqués/2021/ij90.htm>

24. Julien A. Évaluation des facteurs de risques psychosociaux chez les médecins généralistes libéraux : approche qualitative chez seize médecins de Gironde. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2016, 127 p

25. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>

26. Devenir Maître de Stage des Universités (MSU) - Médecins Généralistes [Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <http://www.medecinmsu.fr/devenir-ma%C3%A9tre-de-stage-des-universit%C3%A9s/pourquoi-devenir-msu>
27. Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Sante Publique*. 24 mars 2015;Vol. 27(1):59-67
28. Collin JB, La méditation de pleine conscience comme outil de prévention face au burnout des internes en médecine: étude de faisabilité aux urgences, Thèse de Médecine, Université de Strasbourg, 2020, 82 p
29. Dis doc, t'as ton doc ? Une campagne pour prendre soin de ceux qui soignent [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
30. Grouthier T, Les médecins sont-ils toujours leur propre médecin traitant ? Etude analytique observationnelle réalisée auprès des médecins libéraux de la région Grand Est. Thèse de Médecine, Université de Strasbourg, 2020, 124 p
31. GALAM E, MOURIES R, FUMEY A, International Conference on Physician Health 2012 October 25-27, Montreal, Quebec, Canada,



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MIGEOT

Prénom : Jean-Baptiste

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L.335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

« J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète »

Signature originale :

A STRASBOURG, le 31/08/2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : Les médecins généralistes libéraux souffrent de plus en plus d'épuisement professionnel. Une aide spécifique est proposée depuis quelques années par des associations, mais elles ne sont pas toujours contactées. Qu'en est-il en pratique ? Que font finalement ces praticiens pour réagir face à ce fléau ? Quelles sont les solutions qu'ils ont trouvées pour se sortir du Burnout et se protéger d'une récurrence ?

Matériel et méthodes : Après une première étape d'identification de médecins de ville ayant souffert d'épuisement professionnel, réalisée via un questionnaire informatique et une sollicitation des internes étant passés en stage chez le praticien, un entretien semi dirigé a été réalisé auprès de 11 médecins généralistes libéraux Alsaciens. Les données ont ensuite été analysées, anonymisées puis classées.

Résultats : A travers leurs témoignages, les médecins généralistes libéraux ayant souffert d'épuisement professionnel révèlent que la pose du diagnostic représente déjà une première difficulté et peut nécessiter l'intervention d'un tiers. Vient ensuite le choix de l'interlocuteur vers lequel ils choisissent de se tourner. Le conjoint, les collègues, les psychothérapeutes et les numéros de soutien sont des pistes évoquées, mais elles présentent toutes des limites. La prise en charge semble enfin s'organiser en deux temps. Tout d'abord une phase de traitement initiale articulée autour de la psychothérapie, de traitements médicamenteux et d'un arrêt de travail, avec là aussi des facteurs limitants. Puis une seconde, plus pérenne, comportant des aménagements touchant à la fois l'organisation professionnelle et la sphère privée.

Conclusions : Cette étude a montré que les médecins généralistes libéraux mettaient en place des stratégies variées et globales pour se sortir du Burnout. Ils font face à des difficultés tout au long du processus de soin, de la reconnaissance du syndrome, à la prévention d'une rechute, pour lesquelles ils ne trouvent pas toujours de réponse. Il serait désormais intéressant de savoir, à plus grande échelle, combien d'entre eux se tournent vers les solutions proposées par les associations de soignants et le conseil de l'Ordre, et si ces solutions sont les plus adaptées pour la prise en charge des praticiens libéraux.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Epuisement professionnel, Burnout des médecins généralistes, Prise en charge du Burnout, Témoignage des médecins

Président : Professeur Maria GONZALEZ
Assesseurs : Docteur Anne BERTHOU
Docteur Fabien ROUGERIE
Docteur Philippe GUILLOU

Adresse de l'auteur : 1 D rue de Saales 67000 STRASBOURG