

Le burn-out des médecins généralistes en Belgique : conséquences sociétales et pistes de solution

Burn-out of general practitioners in Belgium : societal consequences and tracks of solution

N. Kacnelnbogen¹, A.-M. Offermans^{1,2} et M. Roland¹

¹D.M.G.-ULB, ²Société Scientifique de Médecine Générale

RESUME

La définition du burn-out la plus souvent citée et proposée par Maslach et Jackson clarifie les trois symptômes cardinaux susceptibles d'affecter les médecins, à savoir l'épuisement émotionnel, le fait de dépersonnaliser ses patients et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel. Les causes de ce phénomène sont relativement bien connues : les facteurs psychologiques individuels, les facteurs de stress intrinsèques à la pratique médicale et enfin les facteurs extrinsèques liés à l'environnement professionnel et à son organisation. Le but de cette synthèse est d'estimer la prévalence du burn-out au sein de la population des médecins généralistes belges et d'en comprendre les conséquences tant individuelles que sociétales. La méthode utilisée est la suivante.

Consultation des bases de données Medline, Cochrane Library et de l'American Psychological Association.

Sélection des articles publiés entre 2000 et 2011 sur base des mots-clés identifiés comme pertinents, à savoir :

- primary health care, family practice,
- burnout, emotional exhaustion, psychological stressors, distress, fatigue, depersonalization, substance and alcohol abuse, depression,
- well-being, quality of life, job satisfaction,
- professional efficiency, patient care, physician-patient relations, medical errors, quality of health care, pharmaceutical/health expenditure/statistics-numerical data, obstacles to prevention, health system assessment, medical demography.

Lecture des abstracts.

Lecture complète de 49 documents.

En conclusion, la prévalence exacte du burn-out parmi les généralistes belges n'est pas connue. D'après certains travaux, on estime que près de

ABSTRACT

The definition of burn-out the most often cited and proposed by Maslach and Jackson, clarifies the three cardinal symptoms affecting doctors, namely, emotional exhaustion, with depersonalization of their patients and reduction of the feeling of personal accomplishment. The causes of this phenomenon are relatively well-known : individual psychological factors, stressful factors intrinsic to the medical practice and finally extrinsic factors related to the professional environment and its organization. The purpose of this review is to estimate the prevalence of burn-out within the population of Belgian family physicians and to understand both individual and societal consequences.

About the method.

This is a literature review using databases Medline, Cochrane Library, and the American Psychological Association from 2000 to 2011 with the keywords :

- primary health care, family practice,
 - burnout, emotional exhaustion, psychological stressors, distress, fatigue, depersonalization, substance and alcohol abuse, depression,
 - well-being, quality of life, job satisfaction,
 - professional efficiency, patient care, physician-patient relations, medical errors, quality of health care, pharmaceutical/health expenditure/statistics-numerical data, obstacles to prevention, health system assessment, medical demography.
- Selecting of the most relevant articles through the reading of abstracts and then full text reading of 49 selected articles.*

In conclusion, the exact prevalence of burn-out amongst Belgian general practitioners is not known. From some works, it is estimated that about half of them would be achieved at least in terms of emotional exhaustion. The symptoms

la moitié d'entre eux en seraient atteints au moins en terme d'épuisement professionnel. La symptomatologie liée au burn-out est potentiellement grave avec dépression, abus d'alcool et de tabac et complications cardiovasculaires notamment. Il y a, par ailleurs, des arguments démontrant que ce trouble chez les généralistes influence négativement la qualité des soins prodigués, leur coût, mais aussi la démographie médicale de première ligne avec en corollaire une remise en question de la viabilité même du système de soins tel que nous le connaissons. Au moment de la rédaction de cet article, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) finalise à la demande du Ministère belge (SPF) de la santé une étude intitulée : " Burn Out of General Practitioners : which prévention ? which solutions ? " dont le but est de formuler des recommandations en vue de la prévention et de la prise en charge de cette problématique. Afin de mesurer l'impact réel des solutions éventuellement mises en œuvre, il faudra au préalable créer un outil permettant une évaluation régulière des prévalences de cette problématique dans notre pays.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 413-23

related to burn-out are potentially serious: ea depression, alcohol and tobacco abuse and cardiovascular complications. There are also arguments demonstrating the fact that this disorder amongst general practitioners influences negatively the quality of care, their cost, but also medical demography of primary care with as a corollary a questioning of the viability of the health care system as we know it. At the time of writing this article, the Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) is completing, at the request of the Belgian Ministry (SPF) of Health a study entitled " Burn Out of General Practitioners : which prevention, which solutions " whose goal is to make recommendations for the prevention and support of this issue. To measure the real impact of the solutions eventually implemented, we need to create a tool for a regular assessment of the prevalence of this problem in our country.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 413-23

Key words : burnout, family physicians, health care

INTRODUCTION

Si l'on considère la définition du burn-out la plus souvent citée et proposée par Maslach et Jackson¹, on y clarifie les trois symptômes cardinaux susceptibles d'affecter les soignants, à savoir :

- Un épuisement émotionnel marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable (*Emotional Exhaustion EE*) ;
- Une tendance à dépersonnaliser ses patients (ou clients pour les psychologues) qui sont vus de manière impersonnelle, négative, détachée voire cynique (*Depersonalization DP*) ;
- Une réduction de l'accomplissement personnel : le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même en tant que professionnel et supportant donc moins les efforts qu'il doit faire pour surmonter son épuisement (*Personal accomplishment PA*).

Ces mêmes auteurs ont établi une grille d'analyse permettant de quantifier ces trois axes symptomatiques, appelée communément " *Maslach Burnout Inventory* " (MBI). Si ce test ne peut remplacer le diagnostic médical ou l'évaluation d'un psychologue, il a le mérite de pouvoir estimer un risque d'atteinte, tout en permettant le cas échéant le suivi d'un professionnel dans son évolution au cours du temps (tableau 1).

La littérature rapporte une origine multifactorielle associée aux signes spécifiques de cette affection (EE-DP- PA)² : les facteurs psychologiques individuels du soignant³, les facteurs de stress intrinsèques à la pratique médicale⁴ et enfin les facteurs extrinsèques liés à l'environnement professionnel et à son organisation⁵ (tableau 2).

OBJECTIFS ET METHODE

Dans cet article, nous avons tenté d'évaluer la prévalence du burn-out au sein de la population des généralistes de même que ses conséquences tant individuelles que sociétales. Pour ce faire, après consultation des bases de données *Medline*, *Cochrane Library* et de l'*American Psychological Association*, nous avons sélectionné les articles publiés entre 2000 et 2011 sur base des mots-clés et MeSH terms identifiés comme pertinents, à savoir :

- *primary health care, family practice,*
- *burnout, emotional exhaustion, psychological stressors, distress, fatigue, depersonalization, substance and alcohol abuse, depression,*
- *well-being, quality of life, job satisfaction,*
- *professional efficiency, patient care, physician-patient relations, medical errors, quality of health care, pharmaceutical/health expenditure/statistics-numerical data, obstacles to prevention, health system assessment, medical demography.*

Nous avons sélectionné les textes les plus adaptés par la lecture des abstracts et 49 textes

Tableau 1 : Grille d'analyse MBI (Maslach Burnout Inventory) (d'après la référence 1).

Noter pour chaque question l'intensité correspondante							
	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Tous les jours
1) Epuisement professionnel							
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
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
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
Je sens que je travail « trop dur » dans ma profession	0	1	2	3	4	5	6
Travailler en contact direct avec des gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
2) Dépersonnalisation							
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
Je suis devenue(e) plus insensible au gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients	0	1	2	3	4	5	6
J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6
3) Accomplissement personnel							
Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent	0	1	2	3	4	5	6
Je m'occupe très efficacement de mes patients	0	1	2	3	4	5	6
J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients	0	1	2	3	4	5	6
Je me sens ragaillardisé(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients	0	1	2	3	4	5	6
Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
Additionner les valeurs de l'échelle et interpréter de manière suivante :							
Epuisement professionnel : Score ≤ 18 : Risque faible. Score entre 18 et 29 : Risque modéré. Score ≥ 30 : Risque élevé.							
Dépersonnalisation : Score ≤ 5 : Risque faible. Score entre 6 et 11 : Risque modéré. Score ≥ 12 : Risque élevé.							
Accomplissement personnel : Score ≥ 40 : Risque faible. Score entre 34 et 39 : Risque modéré. Score ≤ 30 : Risque élevé.							

intégraux furent ensuite analysés. D'ores et déjà, nous insistons sur l'hétérogénéité des travaux évoqués, non seulement au niveau de leurs designs, mais aussi au niveau du thème ciblé, celui-ci étant soit le burn-out proprement dit, soit le degré de satisfaction professionnelle, soit les deux simultanément. Un chapitre ci-dessous présentera également des pistes de solutions possibles pour la prise en charge et la prévention de ce phénomène considéré depuis plusieurs années et de manière consensuelle, comme un problème de santé publique pour le moins préoccupant.

LE BURN-OUT DES GENERALISTES : QUELLE PREVALENCE EN BELGIQUE ET AILLEURS ?

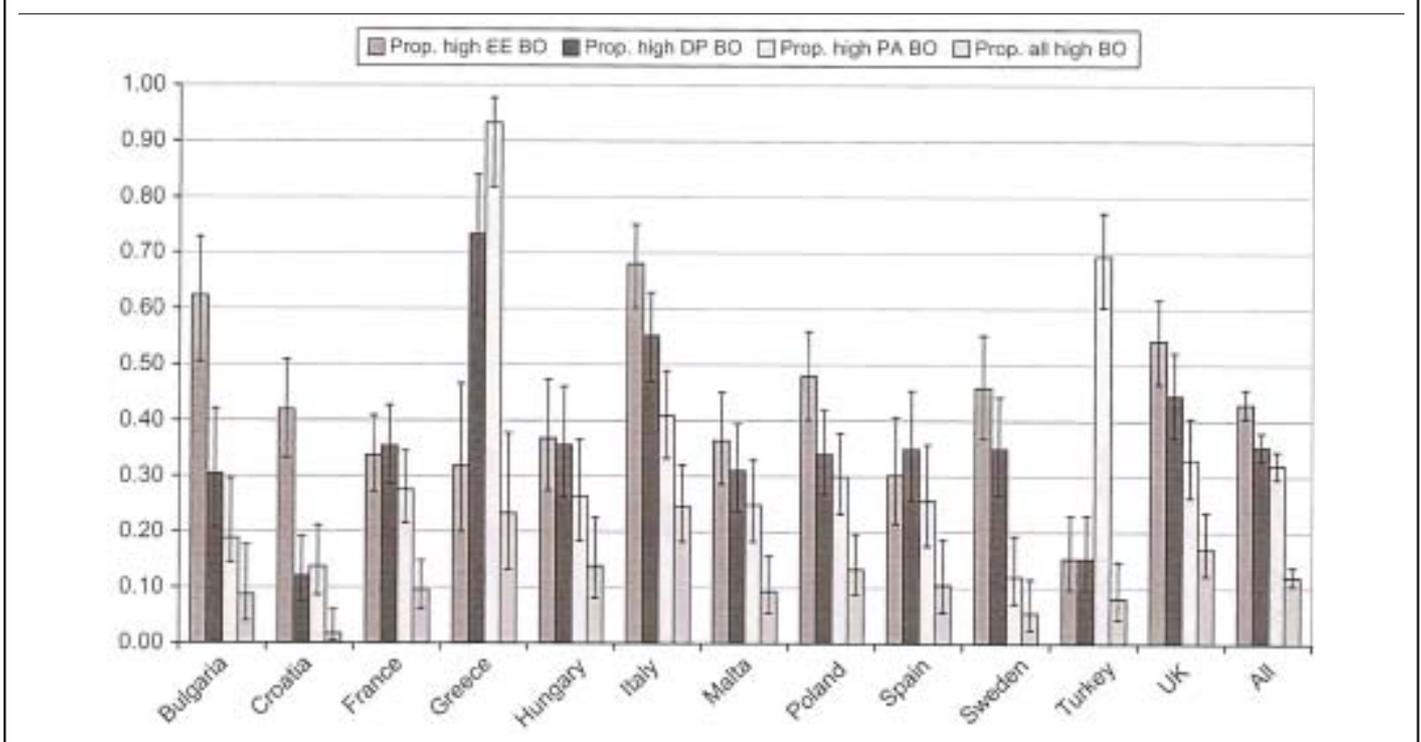
A l'initiative de l'European General Practice Research Network (EGPRN) entre 1999 et 2002, 3.500 questionnaires ont été distribués à des médecins généralistes de 12 pays d'Europe et de Turquie⁶. En plus du test MBI, cette enquête incorporait différentes

questions telles les aspects démographiques, l'expérience professionnelle, la santé, le style de vie et la satisfaction ressentie dans le cadre du travail. Sur les 1.393 répondants (soit un taux de réponse de 41 %), 12 % présentaient un score élevé au niveau des trois dimensions caractérisant le burn-out. Dans le même temps, 43 % des généralistes montraient des signes d'épuisement émotionnel (EE), 35 % semblaient dépersonnaliser leurs patients (DP) et 32 % apparaissaient comme ayant perdu leur sentiment d'accomplissement personnel (PA). Si la Belgique ne faisait pas partie de cette enquête, on y retrouve certains états voisins tels la France (10 % de burn-out global et 35 % de médecins au score élevé sur l'axe DP), l'Allemagne (12 % de burn-out global et 42 % de médecins au score élevé sur l'axe EE) et la Grande-Bretagne (18 % de burn-out global et 55 % de médecins au score élevé sur l'axe EE) (figure 1). Par ailleurs, cette étude a révélé que le risque élevé de burn-out était fortement associé à l'intention de changer de travail, à la consommation d'alcool, de tabac, de

Tableau 2 : Causes du burn-out du généraliste (non exhaustif) (d'après les références 2, 3, 4 et 5).

Facteurs individuels du médecin	Facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine	Facteurs extrinsèques liés à l'environnement de travail
Sociodémographique : - Sexe, âge, statut marital, nombre d'enfant, religion, etc. Carrière professionnelle : - Formation - Ancienneté Détresse psychologique Comportement - Alcool, psychotropes - Coping actif - Evitement Support social Vie conjugale Emotions : - Ressenti - Satisfaction Facteurs psychologiques et personnalité : - Anxiété, dysthymie, dépression, somatisation, etc. - Personnalité impatiente, dépendante, passive, agressive, perfectionniste, etc.	Relatif aux patients : - Exigence des patients - Demandes irréalistes - Types de plaintes - Remise en cause du médecin par le patient - Etc. Relatifs aux soins : - Incertitudes - Peur de faire des erreurs - Urgences - Type de travail - Soins des patients en fin de vie - Etc. Stress au travail : - Charge mentale élevée - Latitude décisionnelle forte - Etc.	Charge de travail : - Global - Nombre d'actes - Nombre d'heures - Gardes - Travail de nuit, WE Déséquilibre vie privée-vie professionnelle Relation avec les autres professionnels de santé - Assurances - maladie - Staff non médical - Confrères - Collègues en burn-out Formation : - Formation continue - Supervision - Etc. Organisation : - Pratique groupe/solo - Zone rurale/semi-urbaine Aspects financiers/juridiques - Contraintes - Contentieux Système de soins de santé

Figure : Le burn-out chez les médecins généralistes en Europe : l'étude EGPRN (d'après la référence 6).



psychotropes, mais aussi au jeune âge du répondant de même que le fait d'être de sexe masculin.

Retenons également une recherche suisse pour laquelle 2.800 questionnaires MBI avaient été adressés à un échantillon de généralistes auxquels 1.784 d'entre eux avaient répondu (65 %). Les résultats ont montré que 4 % des participants présentaient un risque de burn-out élevé sur les trois échelles d'évaluation, que

20 % souffraient d'épuisement émotionnel (EE), 22 % de dépersonnalisation et 16 % ressentait un faible niveau d'accomplissement au niveau professionnel. En outre, il a été confirmé ici que le sexe masculin, la pratique rurale, une perception excessive du stress, certaines attentes des patients de même que le déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée entre autres étaient associés à un haut degré de burn-out chez ces praticiens⁷.

Ces travaux nous donnent une idée des prévalences européennes mais qu'en est-il dans notre pays ?

Nous disposons seulement des résultats d'une enquête effectuée en 2001 pour le Journal du Médecin⁸, au cours de laquelle 26.000 questionnaires avaient été envoyés. Ainsi, 1.310 réponses, majoritairement par des généralistes (N = 998), ont été analysées. Il ressortait de ce travail que 45 % des répondants se situaient dans la zone critique concernant l'épuisement émotionnel (EE) ; les généralistes francophones en étaient les plus atteints (N = 431) avec près de 50 % d'entre eux. Par ordre d'importance, venait ensuite le sentiment de dépersonnalisation (30 %) et enfin, 20 % des répondants avaient une image négative de leurs compétences professionnelles (notion différente de celle de perte d'accomplissement personnel). Ce travail montrait aussi une différence notable entre les sexes pour la baisse de l'estime de soi et la dépersonnalisation pour lesquelles la population masculine semblait le plus à risque.

Concernant l'ensemble de ces travaux, une remarque s'impose ; il existe un biais possible qui est celui d'attirer les personnes les plus intéressées par ce thème et donc éventuellement celles qui en sont le plus affectées, avec pour conséquence, une surévaluation des pourcentages. Néanmoins, le raisonnement inverse se tient aussi ; les professionnels attentifs à leur santé et ainsi potentiellement les mieux protégés participeraient plus volontiers à ce genre d'étude, en comparaison de ceux totalement en déni par rapport à leur situation et en conséquence, plus en danger.

Signalons un sondage réalisé par Medistrat, une société spécialisée dans la recherche en marketing et support stratégique dans le domaine de la délégation médicale ; 100 généralistes et 60 spécialistes belges échantillonnés en tenant compte de la répartition géographique, du contexte d'activité (solo, en groupe, milieu hospitalier uniquement ou avec activité privée) et du sexe ont été interviewés en face à face sur la base d'un questionnaire semi-structuré dans le but d'évaluer leur satisfaction au niveau professionnel. Il est apparu que 18 % des généralistes n'étaient pas satisfaits dans leur métier (degré de satisfaction < 7/10), avec une grande disparité entre la région flamande (4 % d'insatisfaits) et la région francophone (32 % d'insatisfaits). La validité de cette étude peut être discutée, en regard de ses promoteurs, de ses objectifs et de ses échelles d'évaluation ; cependant, nous pouvons remarquer la cohérence des chiffres obtenus en comparaison des travaux déjà cités, de même que pour les causes de mécontentement détectées (tableau 2) : les contraintes administratives, la gestion du temps, l'exigence des patients et les règles entravant la liberté⁹.

Sur le même thème, il existe une analyse qualitative de 862 questionnaires avec commentaires libres de médecins dont 296 généralistes ; ceux-ci

rapportent les plaintes souvent énoncées en cas de burn-out (profession trop pesante, manque de collaboration, exigences des patients, bureaucratie, ingérence de l'état, honoraires insuffisants, manque de vie familiale et privée entre autres)¹⁰.

Pour mémoire, citons une étude, même si elle n'est pas centrée sur la profession médicale et effectuée à la demande du Ministère de l'Emploi, concernant la prévalence du burn-out au sein de la population active belge¹¹ ; son originalité est liée au fait d'un enregistrement de patients par 178 médecins généralistes et 168 médecins du travail sélectionnés via les sociétés scientifiques de médecine générale (SSMG et Domus Medica) et des services externes et internes de prévention et de protection au travail. Sur les 135.131 contacts patients, 1.089 cas de burn-out ont été enregistrés ce qui révèle une prévalence du burn-out de 0,8 %. Ce chiffre peut paraître sous-évalué par rapport aux dizaines de pour-cent habituellement mentionnés et qui sont en lien avec l'utilisation d'échelles d'auto-évaluation ; en réalité, comme pour les autres pathologies, le pourcentage des patients consultant le médecin ne représente qu'une partie des personnes affectées. Durant cette enquête, il a été constaté que ce phénomène affectait davantage les femmes (62 %), les personnes travaillant dans le secteur public (67 %), les francophones (66 %) et les ouvriers (58 %). En outre, le fait de vivre seul était davantage fréquent pour les personnes qui étaient diagnostiquées en burn-out par les médecins (P = 0,05).

Ainsi, nous pouvons confirmer la présence du phénomène pour les généralistes belges ; cependant, il n'existe aucun chiffre ni précis, ni récent concernant cette affection alors qu'au moment de la rédaction de cet article, une recherche menée sous l'égide du Centre d'Expertise en Soins de Santé (KCE) et à la demande du Ministère de la Santé, a pour sujet : " Le burn-out des médecins généralistes : quelle prévention ? quelles solutions ? ".

Le design et les buts de ces travaux dans lesquels notre département est d'ailleurs partie prenante révèlent cependant, d'ores et déjà une exigence : afin de mesurer l'impact réel des solutions éventuellement mises en œuvre, il faudra au préalable créer un outil permettant une évaluation régulière des prévalences de cette problématique dans notre pays.

LE BURN-OUT DES GENERALISTES : QUELLES CONSEQUENCES ?

Conséquences individuelles

Chez la personne atteinte par le burn-out et quel que soit son métier, on constate un ensemble de conséquences que la littérature a du mal à différencier de la notion de symptomatologie de l'affection. Ainsi certains auteurs avancent le concept de manifestations, renfermant à la fois l'idée de symptômes et de conséquences individuelles du burn-out. En tant que

généraliste, nous connaissons bien ces manifestations car nous sommes les médecins de loin les plus consultés par les patients en mal-être professionnel¹¹ ; si on y retrouve les symptômes cardinaux décrits par Maslach et Jackson, on objective également un ensemble de troubles touchant la personne sur le plan physique, cognitif et émotionnel, de même que sur le plan comportemental (tableau 3)^{12,13}.

Il n'y a aucune raison de penser que pour les généralistes en burn-out, nous ne retrouvons pas de manifestations de cet ordre. La littérature décrit en effet l'association entre le burn-out et une perte de qualité de vie débordant le cadre strict de la profession sans pour autant déterminer de manière claire le sens de cette association. Ainsi, pour les généralistes

concernés, nombre d'auteurs rapportent l'apparition de céphalées, troubles du sommeil, irritabilité, difficultés familiales, fatigue, anxiété, dépression, idées suicidaires, mais aussi hypertension, infarctus du myocarde, et risques d'alcoolisme ou d'autres addictions^{13,14}. Par exemple, une étude centrée sur des généralistes et pédiatres de première ligne à Madrid associe de façon significative le fait d'être atteint de burn-out sur au moins une des trois dimensions (N = 135, soit 69 % de l'échantillon) avec un risque significativement plus élevé de troubles psychiatriques ; en cas d'épuisement émotionnel (EE), le médecin consomme plus de psychotropes et le risque d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques est plus que doublé (tableau 4)¹⁵. En France, au cours des dix dernières années, des enquêtes ont été

Tableau 3 : Manifestations / Conséquences du burn-out (d'après la référence 12).

Physiques	Cognitifs et Affectifs	Comportementaux
<ul style="list-style-type: none"> - Asthénie - Troubles du sommeil - ↓ énergie - Plaintes somatoformes : <ul style="list-style-type: none"> • palpitations • troubles gastro-intestinaux • douleurs épigastriques • oppression thoracique, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - ↓ sentiment de compétence - ↓ motivation - Frustration - Anxiété - Irritabilité - ↓ estime de soi - ↓ idéalisme - ↓ concentration - ↓ mémoire - Humeur dépressive - Dualité : quitter le travail ou rester ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Changement d'attitude envers autrui (cynisme, indifférence, distanciation, détachement) - Tendance à s'isoler - ↓ performance - Absentéisme dans l'année écoulée : <ul style="list-style-type: none"> • fréquent • de courte durée • de longue durée (1 mois ou plus) - agressivité

Tableau 4 : Relation entre l'état de santé psychique, l'absentéisme, l'usage de médicament, d'alcool et la perception de la qualité du travail chez les médecins de 1^{ère} ligne à Madrid (d'après la référence 15).

	Ensemble des participants : N = 196	" EE " élevé : N = 83	" DP " élevé : N = 69	" PA " bas : N = 73	Elevé dans au moins une dimension : N = 135
GHK-28*	5,3 ± 6,6	9,0 ± 7,0 (P < 0,5)	7,2 ± 7,3 (P < 0,1)	7,9 ± 7,4 (P < 0,001)	6,8 ± 6,8 (P < 0,001)
GHK ≥ 6 (+)	36,4 %	63,9 % (p < 0,001)	49,2 % (P < 0,01)	54,8 % (P < 0,001)	48,9 % (P < 0,001)
Tabagisme	29,2 %	28,9 %	20,3 % (P < 0,5)	27,4 %	26,7 %
Consommation de café	15,6 %	19,3 %	20,3 %	27,4 %	26,7 %
Consommation d'alcool	58,0 %	62,7 %	62,3 %	65,8 %	59,3 %
Usage fréquent et/ou régulier de psychotropes	7,8 %	14,5 % (P < 0,01)	10,1 %	9,7 %	9 %
Usage fréquent et/ou régulier d'analgésiques	26,1 %	37,4 % (P < 0,01%)	24,6 %	31,5 %	31,1 % (P < 0,5)
Arrêt de travail pour maladie > 15 j (dans les 2 dernières années)	12,9 %	14,5 %	10,1 %	9,6 %	13,3 %
Arrêt de travail pour maladie psychiatrique	2,1 %	4,8 % (P < 0,05)	1,5 %	2,7 %	
Risque d'erreur médicale (fréquent et constant)	28,7 %	45,8 % (P < 0,001)	49,3 % (P < 0,001)	38,4 % (P < 0,5)	35,6 % (P < 0,01)
Diminution de la qualité des soins prodigués (fréquente et constante)	44,1 %	63,4 % (P < 0,001)	58,0 % (P < 0,01)	57,5 % (P < 0,01)	53 % (P < 0,001)

*Questionnaire GHK-28 : 4 échelles évaluant respectivement les symptômes d'ordre somatique, d'anxiété et d'insomnie, de dysfonctionnement social et de dépression majeure. Utilisé comme instrument de détection de troubles psychiatriques non psychotiques. Scoré en variable continue avec cut-off 5 / 6 (≥ 6 = résultat positif). Exprimé en moyenne ± déviation standard.

effectuées auprès de généralistes de différentes régions et organisées dans le cadre de leur Union Régionale des Médecins Libéraux respective (URML), dont certaines font partie de l'Union Nationale des Médecins Libéraux¹⁶. Ces travaux confirment tous le fait que le ressenti négatif au niveau professionnel influe de manière délétère sur le bien-être global du généraliste concerné. En Ile de France par exemple, sur les 10.000 questionnaires envoyés à un échantillon constitué par tirage aléatoire et représentant 40 % de la population cible, on obtint 2.243 réponses ; ainsi, on constata que les répondants ayant un score MBI élevé (17 %) ou modéré (36 %) partent moins en vacances (88,5 % *versus* 96 %), consomment plus d'alcool et/ou de tabac (14,6 % *versus* 3,5 %) et consomment plus de médicaments (15,7 % *versus* 5,1 %)¹⁷. Des travaux similaires en région de Loire ont également détecté que la composante d'épuisement émotionnel était statistiquement associée entre autres à la consommation d'alcool, de psychotropes et aux idéations suicidaires¹⁸.

Conséquences sociétales

Burn-out et diminution de la qualité des soins

De nombreux travaux documentent cette constatation. Pour la médecine interne hospitalière, une récente étude prospective longitudinale américaine montre que la fatigue, la détresse et les deux symptômes conjugués augmentent respectivement de 15, 20 et 28 % le nombre d'erreurs détectées par l'échelle *self-assessment of medical errors* (tableau 5). Par ailleurs, ce risque est significativement plus important lorsque le médecin présente des signes de burn-out (DP : RR 3,49 (2,23 à 4,76 - P < 0,001) / EE : RR 5,33 (3,13 à 7,53 - P < 0,001) / PA : RR -2,25

(-3,50 à -1,00 - P < 0,001))¹⁹. Des études similaires aux Pays-Bas rapportent également une relation entre le burn-out des médecins résidents et une qualité sous-optimale des soins^{20,21}. Une vaste enquête en 2008 auprès de chirurgiens américains a mis en évidence que le fait de dépersonnaliser ses patients était un facteur indépendant d'augmentation du risque d'erreur auto-évaluée²² de 11 %.

Mais qu'en est-il pour la médecine de première ligne ?

Certains travaux n'associent pas de manière significative le phénomène de burn-out du généraliste avec une diminution de la qualité des soins²³. Au contraire, une enquête néerlandaise auprès de 145 généralistes constata même que ceux atteints d'épuisement émotionnel ou de signe de dépersonnalisation au MBI détectaient mieux les troubles d'ordre psychologiques que ceux qui n'en étaient pas affectés²⁴. Cependant, majoritairement, il est rapporté un lien entre le mal-être lié au travail et le risque d'une baisse de qualité des soins. Une enquête nationale américaine incluant un échantillon de 12.000 généralistes a pu établir que ceux qui étaient non satisfaits dans le cadre de leur profession (17 %) en les comparant à ceux pleinement satisfaits rapportaient significativement plus de difficultés à soigner leurs patients (OR 7,89 ; 95 % confiance interval [CI], 4,86-12,83), à maintenir le lien avec leurs patients (OR 7,11 ; 95 % CI, 4,90-10,33) et se sentaient nettement moins aptes à prodiguer des soins de qualité (OR 4,26 ; 95 % CI, 2,88-6,31)²⁵. Outre-Atlantique également, une étude centrée sur 426 médecins de première ligne montre le lien entre la perception négative du médecin concernant son travail et l'augmentation du risque d'erreurs comme, par exemple, le fait d'une médication inappropriée, d'une communication sous-optimale avec le patient au sujet d'un traitement ou encore le manque d'attention sur l'impact potentiel d'une pathologie. Des résultats analogues se retrouvent dans l'étude madrilène déjà citée¹⁵ ; on constate que la perception d'une diminution de la qualité des soins prodigués est significativement plus élevée en cas de burn-out avec notamment des erreurs médicales nettement plus signalées en cas d'épuisement (EE : 45,8 % *versus* 28,7 % pour l'ensemble des répondants ; P < 0,001) (tableau 4).

L'influence du bien-être global du généraliste sur sa pro-activité dans le domaine de la prévention est également documentée. Mentionnons l'enquête suisse auprès de 500 médecins de famille révélant que comparés à leurs collègues, ils seront significativement moins actifs au niveau de la prévention (alcool et tabac notamment) s'ils consomment plus de 3 verres d'alcool par jour (OR 8,41 (95 % CI 1-63,9)) ou pratiquent du sport moins d'une fois par mois (OR 3,41 (95 % CI 1-11,1)), caractéristiques régulièrement associées à un haut risque de burn-out²⁶. Parmi d'autres obstacles au travail de prévention en première ligne, on relève également le manque de reconnaissance financière ou la surcharge de travail²⁷.

Tableau 5 : Echelle d'auto-évaluation d'erreur médicale " self-assessment of medical errors " (d'après la référence 22).

- Are you concerned you have made any major medical error in the last 3 months ?
(Etes-vous concerné par le fait d'avoir commis une erreur médicale importante au cours des trois derniers mois ?)
No
(Non)
Yes → Which of the following was the single greatest contributing factor in this particular error ?
(Oui → Lequel des énoncés suivants est le facteur essentiel ayant contribué à cette erreur particulière ?)
- a) System issue (eg, someone misinterpreted an order)
Problème inherent au " système " (exemple : quelqu'un a mal interprété une demande)
- b) Your degree of fatigue
Votre degré de fatigue
- c) Lapse in your concentration
Perte d'aptitude à vous concentrer
- d) Lapse in judgment
Perte de capacité de jugement
- e) Lack of knowledge
Manque de connaissance
- f) Your degree of stress/burnout
Votre degré de stress/burn-out
- g) Other (free text)
Autre (texte libre)

Dans la région de Barcelone, on a administré à 220 généralistes pendant l'année 2000 un questionnaire incluant la collecte des données sociodémographiques, professionnelles, de même que le test MBI et parallèlement, on calcula le coût moyen des prescriptions médicamenteuses. Lorsque le généraliste présentait un risque élevé de burn-out, il prescrivait de manière significativement plus coûteuse pour l'assurance-maladie et par patient (165,05 € versus 146,56 € en cas score MBI bas ; $P = 0,043$)²⁸.

Une enquête israélienne auprès de 188 médecins de famille conclut de même : il existe une relation entre la gravité du burn-out et une diminution du temps d'échange avec le patient, une augmentation du nombre de prescriptions et de demandes d'avis vers le spécialiste avec, en corollaire, une augmentation du coût des soins²⁹.

L'enquête nationale américaine déjà citée objective également cet aspect en constatant que les généralistes insatisfaits professionnellement subissent plus de sanctions financières en raison de leurs décisions cliniques considérées inutiles en comparaison de ceux qui se sentent bien dans leur activité (OR : 4,44 avec IC 95 % : 3,13-6,31)²⁵.

Risque d'abandon de la profession

Sur près de 17.000 médecins américains, toutes spécialités confondues, l'insatisfaction professionnelle était directement corrélée à un plus grand risque de diminuer son temps de travail à moins de 20h par semaine (OR 3,6 avec IC 95 % : 2,32-5,6), voire de quitter prématurément la profession (OR 2,34 avec IC 95 % 1,6-3,5)³⁰. Une enquête nationale britannique entre 1998 et 2001 montre également qu'un des facteurs prédictifs les plus importants d'abandon de la profession est le manque de satisfaction professionnelle (échelle standardisée de 7 items)³¹.

En France, le rapport entre burn-out proprement dit et l'abandon de la profession de médecin généraliste est relativement bien documenté. Ainsi, en Poitou-Charentes, plus de 33 % des médecins libéraux en burn-out souhaiteraient ne plus exercer s'ils en avaient l'opportunité³². En Ile de France, ce même type d'enquête montre qu'un score élevé au MBI est associé au désir de quitter la profession dans plus la moitié des cas (51 %)³³. Certains travaux mettent en parallèle le burn-out et la désertification de la profession au moins dans certaines régions de l'Hexagone. Ainsi, une enquête en 2005 objectivait que seuls 6 généralistes sur 10 exerçaient à temps plein³⁴. Toujours en France, une autre étude dévoile que la durée moyenne de l'activité des généralistes s'étant installé entre 1979 et 1984 n'est en moyenne que de 22 ans avec, dans 20 % des cas, un abandon après 18 ans de carrière et dans 2 % des cas, après 8 ans seulement³⁵. Or selon une enquête au cours de l'année 2005 auprès d'internes en médecine générale, avant même leur

installation, on objectivait déjà un taux élevé d'épuisement émotionnel (24,1 %), une dépersonnalisation (42 %) et un accomplissement personnel bas (48,6 %)³⁶.

En Belgique, le lien entre burn-out et abandon professionnel ou réduction de l'activité n'a pas été réellement étudié. Le cadastre des généralistes nous apprend que sur les 15.118 médecins de famille recensés en Belgique, seuls 9.259, soit 61,24 %, satisfont aux quatre critères relativement peu exigeants qui ont été choisis pour les considérer comme véritablement actifs, à savoir : tenir des dossiers médicaux globaux, participer à un service de garde, avoir au moins 500 contacts-patient par an et suivre des formations continuées³⁷. On sait par ailleurs qu'environ un quart des diplômés quitte les "soins curatifs"³⁸ et parallèlement, certains travaux du KCE prennent acte qu'entre 2002 et 2005, le nombre de médecins de famille a diminué de 7 % alors que celui des spécialistes praticiens est resté stable, ce fait provenant vraisemblablement d'un important taux d'abandon dû à une faible attractivité de cette profession³⁹. Les auteurs d'une étude relative à l'abandon professionnel des médecins belges arrivent aux mêmes conclusions⁴⁰.

Impact spécifique du burn-out du généraliste

Résumons de cette manière : il est fort probable qu'en Belgique (malgré les disparités selon les régions), près de la moitié des généralistes ont un risque élevé sur au moins un des trois axes de l'échelle MBI. En regard de la littérature, ce fait a un impact négatif sur la qualité des soins prodigués, leur coût, mais également, en tenant compte des conséquences sur la démographie médicale de première ligne, sur leur accessibilité. Par rapport aux autres spécialités, la spécificité de l'impact sociétal du burn-out des médecins de première ligne est essentiellement liée à la place considérable de ceux-ci dans la structuration du système des soins de santé dans nos pays occidentaux. Rappelons ici le "carré de White" (1961) réactualisé en 2001⁴¹ et qui confirme que mensuellement sur 1.000 personnes, 800 rapportent un symptôme, 327 se considèrent malades et 217 consulteront un généraliste, alors que seulement 21 consulteront un service ambulatoire en milieu hospitalier, 13 se rendront aux urgences, 8 seront hospitalisés et < 1 le sera en milieu hospitalier universitaire. Ainsi, 90 % des soins curatifs trouvent une solution en première ligne par des moyens diagnostiques et thérapeutiques simples et peu onéreux. En outre, chaque contact avec le généraliste est une opportunité pour l'éducation à la santé : prévention primaire auprès des patients sans plainte (vaccination, conseils sur le style de vie, etc.), ou prévention secondaire (dépistage et *screening* des populations-cibles). Cela, entre autres, explique la relation inverse constatée entre un système de soins primaires optimal et la mortalité moyenne (y compris prématurée) d'une population donnée, toutes causes confondues, notamment par son impact au niveau des

comportements à risque (tabac, alcool, drogues, sédentarité, déséquilibre alimentaire, tentative de suicide, violence intra-familiale, sexualité non protégée, etc.)⁴². On sait qu'annuellement au minimum les ¾ de la population n'a recours qu'à la première ligne de soins ; le recours à la deuxième et troisième ligne, double et quadruple les coûts et cela, de manière directe (utilisation de techniques diagnostiques et thérapeutiques potentiellement inutiles) et indirectes (augmentation du risque iatrogène). De plus, le vieillissement actuel de la population va de pair avec une augmentation de la prévalence des affections chroniques et de celle de la perte d'autonomie des personnes ; le maintien à domicile le plus longtemps possible est à la fois le souhait majoritaire de ces patients, tout en limitant le coût des soins, et n'est possible que grâce à une première ligne de soins organisée de manière optimale.

Ce ne sont que quelques exemples qui nous font mieux comprendre les risques associés à une population médicale de généralistes affaiblie par le phénomène du burn-out, mettant en péril la viabilité même de notre système des soins de santé.

RECHERCHE DE PISTES DE SOLUTION

Ces différents éléments expliquent sans doute le fait que nos autorités compétentes investissent dans la recherche en cette matière : le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) finalise actuellement, à la demande du Ministère de la Santé Publique, une étude intitulée : " *Burn Out of General Practitioners : which prevention ? which solutions ?* " pour laquelle collabore une équipe de chercheurs universitaires⁴³. Le but de cette recherche est de pouvoir formuler des recommandations permettant la prévention et la prise en charge du burn-out des généralistes en Belgique. Nous pouvons résumer le design de cette recherche de la manière suivante :

1. Discussion du projet avec un panel de *stakeholders* concernés par ce thème et provenant d'un large horizon : Ministère de la Santé, INAMI, Associations scientifiques de médecine générale, Syndicats, Experts (sociologues, psychologues et psychiatres du monde du travail), Centres d'aide spécialisés, Assurances et Mutualités, Services de médecine du travail, etc.
2. Une revue de la littérature afin de rechercher les facteurs favorisant ce phénomène.
3. Une recherche concernant les expériences nationales et internationales en matière de prévention et de prise en charge du burn-out des généralistes.
4. Présentation des résultats de ces revues de la littérature aux mêmes *stakeholders* en vue de préparer les étapes suivantes.
5. Recrutement de 40 généralistes atteints (ou l'ayant été) par le burn-out pour la réalisation d'interviews individuels semi-structurés afin de faire émerger les facteurs causaux de cette problématique, les freins à recourir aux aides possibles, de même que les interventions proposées par ces participants.

6. Une étude Delphi⁴⁴ auprès de 60 généralistes affectés ou non par le burn-out, l'objectif étant l'obtention d'un avis convergent concernant des propositions d'interventions en termes de prévention et de prise en charge. Ce consensus a été obtenu en interrogeant individuellement et de manière itérative chaque répondant à l'aide d'un questionnaire en ligne, rédigé sur la base de la synthèse préalable de la littérature et des interviews. Remarque : Le recrutement des participants s'est fait sur base volontaire via un site web largement annoncé par la presse médicale gratuite. De plus, une communication sur l'étude a été relayée par les associations professionnelles de médecine générale. Aux termes de deux questionnaires Delphi, on a pu déterminer quelles interventions étaient acceptées, reconnues prioritaires ou non, voire rejetées par les généralistes participants. Ainsi, une première version de pistes d'actions a pu être formulée (tableau 6).
7. Organisation d'un *workshop* permettant aux experts et *stakeholders* de commenter les différentes recommandations, notamment en termes de faisabilité des interventions proposées sur base de la littérature internationale, des interviews et de l'étude Delphi. Ce *workshop* s'est tenu le 19 mai 2011.
8. Un rapport final est prévu pour octobre 2011.

CONCLUSIONS

La prévalence exacte du burn-out parmi les médecins de famille belges n'est pas connue avec précision. Cependant, si l'on en croit une enquête datant de 2001, près de la moitié d'entre eux en seraient atteints au moins en termes d'épuisement professionnel. Il est donc nécessaire de concevoir un outil incluant la grille d'évaluation selon Maslach et Jackson, ce qui permettra une évaluation régulière des prévalences de cette problématique dans notre pays. En effet, outre les conséquences potentiellement graves au niveau individuel telles la dépression, l'abus d'alcool et de tabac notamment, on a tout lieu de croire que le burn-out des généralistes influence négativement la qualité des soins prodigués, leur coût, mais aussi la démographie médicale de première ligne. Ce dernier élément produit potentiellement un double impact ; d'une part, il finira par diminuer l'accessibilité même des soins primaires, d'autre part, il risque d'augmenter la charge de travail des médecins encore en activité, par exemple en matière de garde et de continuité des soins, ce qui de ce fait, pourrait accroître encore le risque de burn-out au sein de la profession à la manière d'un cercle vicieux. Or, il existe des arguments consensuels confirmant le fait qu'une première ligne de soin précaire met en danger non seulement l'efficacité, mais aussi la viabilité même du système de soins tel que nous le connaissons. Voilà donc un domaine confirmant que la mise en place d'actions assurant le bien-être d'une minorité est nécessaire afin de protéger le bien-être de la majorité. Mais n'est-ce pas là une obligation en matière de santé publique ?

Tableau 6 : Exemples de pistes d'actions possibles concernant le burn-out des généralistes en Belgique (d'après " Burn Out of General Practitioners : which prevention ? which solutions ? " KCE. Etude en cours).

Organiser une plus grande protection du généraliste
<p>1- Etablir un programme d'aide destiné spécifiquement aux médecins généralistes en burn-out. Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre à disposition des MG en souffrance un dispositif à bas seuil d'accès (contact téléphonique et/ou l'accueil 7 j/7, 24 h/24) - Mettre sur pied un réseau d'intervenants spécialisés offrant un coaching lors d'entretiens individuels ou en groupe <p>2- Organiser un service de santé pour les généralistes Exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accord contractuel pour que chaque médecin ait son propre médecin généraliste - Organisation de bilans de santé réguliers (annuels ou bisannuels) incluant une évaluation du burn-out (non coercitif, avec bonus <i>versus</i> obligatoire). <p>3- Améliorer la protection sociale des généralistes Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantie d'allocation maladie/invalidité - Fonds spécial pour revenu garanti immédiat en cas d'ITT + système de remplacement facilité
Réflexions sur les fondements de la profession
<p>1- Réflexion collective sur les valeurs telles : le dévouement absolu, sens du de voir par rapport aux notions d'équilibre entre vie privée et professionnelle, sous-entendant qu'être médecin c'est avoir un métier « comme un autre ». Impact de la féminisation de la profession</p> <p>2- Accompagnement des généralistes en individuel ou en groupe, adapté en fonction des desiderata et des situations (conseil, information, coaching, Balint, soutien psychothérapeutique, etc.)</p>
Eviter l'isolement du généraliste
<p>1- Favoriser le support mutuel, largement bénévole, plus ou moins structuré, de personnes ayant des problèmes psychologiques ou sociaux communs</p> <p>2- Poursuivre l'aide au regroupement professionnel (association, maison médicale...). Incitants financiers.</p>
Diminuer le risque de surmenage
<p>1- Aide à la gestion du temps. Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coaching ou formation en gestion du temps et priorisation des tâches - Révision de l'obligation de déplacement du médecin généraliste pour éviter la perte de temps liée aux déplacements inutiles <p>2- Favoriser une attente plus réaliste de la part des patients (campagnes d'information par exemple)</p> <p>3- Favoriser la reconnaissance du rôle du généraliste (au niveau des études, échelonnement des soins, recherche en soins primaires, prévention, curatif, etc.)</p> <p>4- Poursuivre la revalorisation financière de la médecine générale (nomenclature pour les consultations longues ou complexes, aide à l'entretien du cabinet, médecine au forfait, etc.)</p> <p>5- Diminuer la charge administrative</p> <p>6- Soutien à la prise en charge des patientèles « lourdes » (organisation de séances de supervision, aide à la pratique en réseau, etc.)</p> <p>7- Formation en technique de communication médecin-patient</p> <p>8- Améliorer le système de garde</p> <p>9- Encourager les médecins à apprendre la gestion du stress</p>

BIBLIOGRAPHIE

1. Maslach C, Jackson SE : The measurement of experienced burnout. *J Occupational Behav* 1981 ; 2 : 99-113
2. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H *et al.* : Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 2009 ; 302 : 1284-93
3. Esteva M, Larraz C, Jiménez F : Mental health in family doctors : effects of satisfaction and stress at work. *Rev Clin Esp* 2006 ; 206 : 77-83
4. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ *et al.* : Patient demands, lack of reciprocity, and burnout : a five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior* 2000 ; 21 : 425-41
5. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P : Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners : a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005 ; 135 : 101-8
6. Soler JK, Yaman H, Esteva M *et al.* : Burnout in European family doctors : the EGPRN study. *Family Practice* 2008 ; 25 : 245-65
7. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B *et al.* : Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners : a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005 ; 135 : 101-8
8. Claes V, Selleslagh P : Entre l'épuisement et le burn-out. *Le Journal du Médecin* 2001 ; 1130 : 10
9. Sondage Medistrat pour Quintiles. *Le journal du médecin* 2011 ; 2150 : 6
10. Deliège D : The opinions of Belgian physicians about their practice. *Cah Sociol Demogr Med* 2004 ; 44 : 443-506
11. Hansez I, Mairiaux P, Firket P, Braeckman L : Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge. 2010. A la demande du SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. <http://www.emploi.belgique.be/moduleHome.aspx?id=33630> consulté le 24/05/11
12. Schaufeli WB, Buunk BP : Burnout : An overview of 25 years of research and theorizing. In : Schabracq MJ, Winnubst JAM & Cooper CC, eds. *The handbook of work and health psychology*, 2nd ed., ISBN : 0-471-89276-9. West Sussex, U.K., 2003 : 383-429

13. Spickard A Jr, Gabbe SG, Christensen JF : Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians. JAMA 2002 ; 288 : 1447-50
14. Thomas NK : Resident Burnout. JAMA 2004 ; 292 : 2880-9
15. Sigüero MA, Pérez GMA, González A *et al.* : Prevalence of Worker Burnout and Psychiatric Illness in Primary Care Physicians in a Health Care Area in Madrid. Aten Primaria 2003 ; 31 : 564-71
16. Union Nationale des Médecins Libéraux. <http://www.unml.org/qui.htm>
17. URML-IDF. Commission Prévention et Santé publique. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : Témoignages, analyses et perspectives. http://www.urml-idf.org/urml/Salle_presse/DDP_070620.pdf. Consulté le 30/05/11
18. Cathebras P, Begon A, Laporte S *et al.* : Burn out among French general practitioners. La Presse médicale 2004 ; 33 : 1569-74
19. West CP, Tan AD, Habermann T *et al.* : Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors. JAMA 2009 ; 302 : 1294-300
20. Prins JT, van der Heijden FM *et al.* : Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. Psychol Health Med 2009 ; 14 : 654-66
21. Prins JT, Hoekstra-Weebers JE, Gazendam-Donofrio SM *et al.* : Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands : a national study. Med Educ 2010 ; 44 : 236-47
22. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G : Burnout and medical errors among American surgeons. Ann Surg 2010 ; 251 : 995-1000
23. Linzer M, Manwell LB, Williams ES : Working conditions in primary care : physician reactions and care quality. Ann Intern Med 2009 ; 151 : 28-36
24. Zantinge E, Verhaak P, de Bakker D *et al.* : Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems ? A study of videotaped consultations. BMC Fam Pract 2009 ; 10 : 60
25. DeVoe J, Fryer Jr GE, Hargraves JL *et al.* : Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care ? J Fam Pract. 2002 ; 51 : 223-8
26. Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D : Physicians' attitudes towards prevention : importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Fam Pract 2000 ; 17 : 535-40
27. Hudon E, Beaulieu MD, Roberge D : Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care : obstacles perceived by a group of family physicians. Fam Pract 2004 ; 21 : 11-7
28. Cebrià J, Sobrequés J, Rodríguez C *et al.* : Influence of burnout on pharmaceutical expenditure among primary care physicians. Gac Sanit 2003 ; 17 : 483-9
29. Kushnira T, Kushnir J, Sarel A : Exploring physician perceptions of the impact of emotions on behaviour during interactions with patients. Family Practice 2011 ; 28 : 75-81
30. Landon BE, Reschovsky JD, Pham HH : Leaving medicine : the consequences of physician dissatisfaction. Med Care 2006 ; 44 : 234-42
31. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H : National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ 2003 ; 326 : 22
32. Zeter C : Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse Méd]. Poitiers, Poitiers Univ, 2004
33. Galam E : Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux. URML, Ile-de-France, juin 2007. www.urml-idf.org/Public. Consulté le 5 juin 2011
34. Kahn-Bensaude I : Démographie médicale Les spécialités en crise. Rapport de l'Ordre des médecins. Etude N° 38-2. Décembre 2005
35. Lucas-Gabrielli V, Sourty Le Guellec MJ : Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Questions d'économie de la santé IRDES 2004 : 81. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf>. Consulté le 5 juin 2011
36. Guinaud M : Evaluation du burn out chez les internes en médecine générale et étude des facteurs associés [Thèse]. Créteil, UFR Médecine, 2006
37. <http://www.inami.fgov.be/news/fr/press/pdf/press20070305.pdf>. Consulté le 7 juin 2011
38. Delière D, Artoisenet C : Offre et " besoins " de médecins : perspectives d'avenir. http://www.sesa.ucl.ac.be/sesaweb/publications/acrobat/Phases2&3_Synth_Med8.pdf. Consulté le 7 juin 2011
39. http://www.murielgerkens.be/IMG/pdf/etude_KCE_offre_med.pdf. Consulté le 7 juin 2011
40. Lorant V, Artoisenet C, Violet I : Pourquoi certains médecins abandonnent-ils la profession ? Healthcare Executive 2007 ; 45 : 45-8. http://www.sesa.ucl.ac.be/SesaWeb/publications/acrobat/Abandon_RevueHospitaliere_SESA_F.pdf. Consulté le 7 juin 2011
41. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP *et al.* : The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001 ; 344 : 2021-5. <http://historical.hsl.virginia.edu/kerr/pdf/Ecology%20of%20Med%20Care%20Revisited.pdf>. Consulté le 7 juin 2011
42. Macinko J, Starfield B, Shi L : The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res 2003 ; 38 : 831-65
43. Lebeer G, Responsable METICES (Faculté des Sciences sociales et politiques - Institut de Sociologie), De Schampheleire J, sociologue, Research associate at Vrije Universiteit Brussel, Roland M, Responsable recherche CUMG-ULB, Kacenenbogen K, chercheuse CUMG-ULB, Offermans AM, sociologue, collaboratrice scientifique CUMG-ULB
44. Etude Delphi : http://erwan.neau.free.fr/Toolbox/Methode_DELPHI.htm

Référence générale

Schaufeli WB, Buunk BP : Le burn-out du soignant : Le syndrome d'épuisement professionnel. Edition De Boeck Université, 2003

Correspondance et tirés à part :

N. KACENELENOGEN
Avenue Molière 179
1190 Bruxelles
E-mail : nadine.kacenenbogen@ulb.ac.be

Travail reçu le 10 juin 2011 ; accepté dans sa version définitive le 1^{er} juillet 2011.