

LE BURNOUT DES MEDECINS LIBERAUX DE CHAMPAGNE ARDENNE.

RAPPORT DE RECHERCHE

**POUR
L'UNION REGIONALE DES
MEDECINS LIBERAUX DE CHAMPAGNE ARDENNE.**

**DIDIER TRUCHOT
UNIVERSITE DE REIMS-CHAMPAGNE ARDENNE**

Contact : didier.truchot@wanadoo.fr



UNION REGIONALE DES
MEDECINS LIBERAUX DE
CHAMPAGNE ARDENNE

REMERCIEMENTS

L'actualité récente a montré que les médecins libéraux ressentent un profond malaise. L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Champagne-Ardenne (U.R.M.L.-C.A) a voulu en savoir plus sur ce phénomène. Elle a donc suscité et soutenu ce travail.

Mes premiers remerciements vont tout droit au Docteur Gilles Menu, Président de l'U.R.M.L.-C.A pour la confiance qu'il m'a accordée. Au Dr. Menu j'associe les docteurs Duval et Vandromme qui ont participé à la conception de cette recherche. Ensemble, et avec les membres du conseil d'administration de l'Union, ils ont été des interlocuteurs attentifs.

Madame Lavolé, directrice administrative de L'U.R.M.L.-C.A, et toute son équipe, ont toujours été un soutien précieux. Je leur adresse un grand merci.

Je me joins à Me Irène P, pas toujours compliante, pour saluer les docteurs Billette-Charbaut, Geoffroy, Lorentz, et Popko, et bien sûr Delphine Bantegnie et Nathalie Roncari, étudiantes à l'Université de Reims.

Je suis sincèrement reconnaissant aux médecins libéraux de Champagne-Ardenne, généralistes et spécialistes, qui ont offert une partie de leur temps pour participer à cette recherche.

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte général.

Cette recherche porte sur le stress au travail. Généralement, on distingue 3 types de stress :

-Le stress « aïgu » : il s'agit d'une réponse « rapide » à un événement singulier, brutal. Un conflit violent, une agression soudaine, etc., peuvent provoquer ce stress qui engendrera des réponses physiologiques (palpitations cardiaques, picotements, diarrhées, etc.). Mais, dans la plupart des cas, et chez la plupart des individus, on observe un retour relativement rapide à un état « normal ».

-Le stress « post-traumatique ». Il apparaît lorsque l'individu a été confronté à des stressseurs d'une grande intensité, qui menacent son existence (torture, catastrophe naturelle, abus physique ou sexuel, etc.). Au travail, les agressions violentes (braquage, etc.), les confrontations à des désastres ou des accidents, peuvent entraîner un stress post-traumatique. Les désordres liés à ce stress s'observent plusieurs semaines, voire plusieurs mois après le choc traumatique. Ils comprennent des troubles comme anxiété, dépression, panique, pensée intrusive (l'individu « revit » l'événement), agoraphobie, etc.

-Le stress « chronique ». A la différence des deux types précédents, le stress chronique n'est pas une réaction vive en réponse à un choc aïgu. Au contraire, il s'agit d'une réaction cumulative à des pressions continues, répétées, sur une longue période de temps. Humphrey (1998) le définit comme une incompatibilité entre l'individu et son environnement. D'autres proposent une définition plus spécifique. Ainsi pour NIOSH (1999) il est un ensemble de réponses physiques et/ou psychologiques douloureuses qui apparaissent quand les exigences (*requirements*) de l'emploi ne correspondent pas aux capacités, ressources, ou besoins de l'individu.

Si avec le stress aïgu l'individu recouvre assez rapidement un état « normal », le stress chronique entraîne des états pathologiques durables. Il est associé à la dépression, aux troubles du sommeil et de la concentration, à l'hypertension, aux maladies cardio-vasculaires, voire à un affaiblissement du système immunitaire (Minter, 1999). D'après des auteurs comme Lazarus et Folkman (1984), les stressseurs quotidiens qui engendrent le stress chronique ont plus d'impact sur la santé mentale de l'individu que les événements de vie saillants (deuil, etc.).

C'est à ce type de stress, chronique, que nous nous intéressons dans cette étude. Si les médecins libéraux peuvent être confrontés à des stressseurs aïgus ou à des situations particulièrement traumatisantes, il est très probable que leur bien être physique et psychologique soit influencé par un stress moins violent mais persistant.

De fait, ils ont une charge de travail quantitativement élevée. Les sources statistiques nous apprennent qu'en moyenne les généralistes travaillent 57.5 heures par semaine et les spécialistes 51.3 heures. On peut ajouter que 80% des généralistes travaillent le samedi (même si ce jour ne représente que 10% de l'activité hebdomadaire), et 30% travaillent le dimanche (même si ces interventions ne représentent que 1% de l'activité totale).

	Médecins Généralistes	Médecins Spécialistes
Temps complet	57.5 heures	51.3 heures
Temps partiel	32.5 heures	28.2 heures

Tableau 1.1 : Horaires hebdomadaires des médecins généralistes et spécialistes.

Le travail des médecins libéraux implique aussi une charge qualitative. La confrontation avec la douleur ou la mort représente sans doute un trauma important. Mais il semble qu'au cours des relations avec les patients, d'autres facteurs, nouveaux dans la vie professionnelle des médecins libéraux, viennent tarauter leur résistance nerveuse et affaiblir leur accomplissement au travail. Il s'agit des comportements des patients. D'après des données récentes les agressions seraient de plus en plus fréquentes. Dans une recherche menée certes dans un contexte différent (l'Angleterre), Hobbs (1994) observe, auprès d'un échantillon de 1100 généralistes britanniques, que 63% d'entre eux ont souffert, à différent degré, d'agression de leurs patients au cours des 12 derniers mois. On retrouve l'idée que les « relations avec les patients sont plus difficiles qu'autrefois » dans un sondage réalisé il y a peu auprès des médecins allemands par la revue « *Ärzte Zeitung* ». De fait, les médecins se plaignent d'avoir de plus en plus à faire à des patients non-compliants, irrespectueux, et qui formulent des demandes excessives. Dans une recherche réalisée auprès des médecins libéraux de Bourgogne (Truchot, 2001), nous avons montré que les relations avec les patients étaient tellement problématiques qu'elles avaient, sur l'usure professionnelle, un poids plus important que la charge de travail.

Enfin, *sans prétendre à l'exhaustivité*, il faut encore citer la charge administrative qui, au dire des médecins, représente une source importante de stress.

Si de nombreux éléments suggèrent que les médecins libéraux sont usés professionnellement, qu'ils se sentent peu reconnus, etc., nous ne possédons guère d'études qui abordent systématiquement ce phénomène social et avec des outils et des méthodes validés scientifiquement. Pour étudier l'usure professionnelle des médecins libéraux de Champagne-Ardenne nous avons utilisé le construct de « *burnout* » qui est bien établi scientifiquement.

1.2. Le construct de burnout.

Le construct de « *burnout* », (Freudenberger, 1974 ; Maslach, 1976, 1982) désigne deux choses. D'une part un état, celui de l'individu usé professionnellement. D'autre part le processus qui conduit à cet état.

Maslach & Jackson (1986, p. 1) proposent une définition sur laquelle la très grande majorité des chercheurs s'accordent. Elles définissent le burnout comme :

« Un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ».

Le burnout est donc un syndrome qui comprend 3 dimensions :

*L'épuisement émotionnel renvoie au fait que la personne est "vidée nerveusement", a perdu tout entrain, n'est plus motivée par son travail. Cette dimension est souvent liée au stress et à la

dépression. On considère que c'est par l'épuisement émotionnel que s'enclenche le processus de burnout.

*La dépersonnalisation correspond à un manque d'intérêt pour son travail, à des attitudes impersonnelles, négatives, détachées, cyniques envers les clients ou les patients. On estime, au vu des développements théoriques et empiriques actuels, que cette attitude est une stratégie qui permet de faire face à l'épuisement émotionnel. Puisqu'il n'a plus l'énergie pour répondre aux demandes de ses patients, le professionnel « bloque » l'empathie qu'il peut avoir à leur égard.

*Avec un accomplissement personnel réduit, la personne s'évalue négativement, ne s'attribue aucune capacité à faire avancer les choses. Son estime de soi diminue, son sentiment d'auto-efficacité décline. Cette dimension est la conséquence des deux premières : étant épuisé émotionnellement, n'ayant plus d'intérêt pour ses patients, l'accomplissement personnel est logiquement au plus bas.

Cette conception, qui est le résultat de travaux empiriques, a l'intérêt de dépasser la notion de stress, qu'elle englobe, pour intégrer l'aspect relationnel (la dépersonnalisation) et la motivation ou l'identité au travail (l'accomplissement personnel).

1.3. Problématique.

Cette recherche comprend plusieurs volets majeurs :

-Dans une perspective descriptive, nous souhaitons dresser « un état des lieux » : quel est le degré de burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne ? Y a-t-il des différences liées au sexe, au statut ? Le burnout est-il semblable selon que l'on exerce en zone rurale ou urbaine ? Etc.

-Parallèlement, nous avons étudié l'impact, sur le burnout, des variables socio-démographiques, de la charge de travail et des stressors les plus fréquents dans l'exercice de la médecine.

-En écoutant parler les médecins on est frappé par l'idée qu'ils se sentent dévalorisés socialement, qu'ils souffrent d'être peu reconnus, autant par leur clientèle, le public en général, les autorités administratives que par le pouvoir politique. Nous avons abordé ce problème d'identité professionnelle à travers la notion d'orientation de carrière. Plus précisément nous avons examiné l'évolution de cette orientation au fil du temps ainsi que son lien avec le burnout.

-Généralement on cherche à dégager les causes du burnout. Mieux les comprendre permet de mener des actions de prévention ou de remédiation. Mais jusqu'à présent on s'est peu intéressé aux conséquences de ce phénomène. Certes, nous savons, par exemple, qu'il est lié à une moindre motivation au travail, à l'absentéisme, et qu'il engendre des états dysphoriques. Nous savons aussi qu'il est lié à des attitudes négatives envers autrui. Mais nous savons peu de choses sur les conséquences du burnout au niveau des prises de décision. Une recherche systématique dans la littérature des 20 dernières années ne nous a révélé qu'une seule étude, (nous en avons examiné plus de 3200 !), quasi-expérimentale, sur le sujet. Elle porte sur des travailleurs sociaux et n'apporte pas de résultats empiriques décisifs. En accord avec l'URML-Champagne-Ardenne, nous avons testé l'hypothèse suivante : le burnout influence les prises de décision des médecins libéraux.

1.4. Méthode.

Un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Il était accompagné d'une enveloppe « T » pour le retour. Le lecteur trouvera, au fil du texte, des précisions sur les questions et échelles permettant de répondre aux objectifs de cette recherche.

La plupart des variables du questionnaire sont linéaires. Il est donc plus intéressant d'un point de vue statistique, d'utiliser des techniques de régression. Mais pour faciliter la lecture du rapport, nous avons privilégié, le plus souvent, les analyses de variance. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel STATISTICA.

1.5. La composition de l'échantillon.

Plus de 460 questionnaires ont été retournés, ce qui représente un taux de réponse de 20%. Ce chiffre, bien que peu élevé, se trouve dans la fourchette des pourcentages de retour généralement observés. Vu la charge horaire des médecins libéraux, un retour relativement faible est facilement explicable. Sur l'ensemble des questionnaires retournés, 408 sont exploitables.

On trouvera page suivante la composition de l'échantillon.

Caractéristiques	N	Moyenne	Etendue	Ecart-type	Pourcentage
Sexe :					
Femmes	79				19.4%
Hommes	328				80.6%
Age :					
Population totale		47.91	29-66	6.58	
Hommes		48.5			
Femmes		45.2			
Statut :					
Généraliste :	246				60.4%
M.E.P. :	24				5.9%
Spécialistes :	137				33.7%
Lieu d'exercice :					
Péri-urbain	40				9.9%
Urbain	243				60.1%
Rural	121				30%
Département :					
Ardennes	61				15%
Aube	85				20.9%
Haute-Marne	56				13.8%
Marne	204				50.2%
Exercice :					
Seul(e) :	161				40.1%
En collaboration :	240				59.9%
Ancienneté :					
Population totale		18.4	0.5 - 37	7.45	
Hommes		19			
Femmes		15.5			

Tableau 1.2 : Caractéristiques de l'échantillon.

2. LE BURNOUT DES MEDECINS LIBERAUX DE CHAMPAGNE-ARDENNE : ETAT DES LIEUX

Dans un premier temps, nous proposons d'examiner en détails le burnout des médecins libéraux. Nous répondrons donc aux deux questions suivantes : quelle est l'amplitude du phénomène ? Est-il réparti également au sein de la population des médecins ?

2.1. Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne.

Pour mesurer le burnout, nous avons utilisé une échelle largement validée : le Maslach Burnout Inventory (MBI). Il s'agit d'une échelle composée de 22 affirmations (*e.g.*, « je me sens frustré par mon travail », « j'ai l'impression que la plupart de mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes »). Pour chaque affirmation, la personne interrogée indique la fréquence selon laquelle elle éprouve ce sentiment (cette idée, cette impression, etc.). Les 22 items du MBI représentent en fait les 3 dimensions du syndrome de burnout à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Ainsi, chaque participant peut, pour chaque dimension, recevoir un score unique qui correspond à la somme de ses réponses. La cotation est telle que les scores les plus élevés correspondent à un épuisement émotionnel fort, à une haute dépersonnalisation, et à un accomplissement personnel élevé. On ne calcule donc pas un score unique de burnout.

Bien entendu, nous nous sommes assurés de la validité interne du MBI pour notre échantillon en calculant l'alpha de Cronbach. (A partir de .70, on s'accorde à considérer que la consistance interne est satisfaisante). Nous obtenons des alpha de .88, .75, .79, pour l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel, respectivement. La consistance interne, pour chacune des échelles, est donc satisfaisante.

Au tableau 2.1, on trouvera, pour chaque dimension, le score moyen, (ainsi que l'écart-type et l'étendue), et les corrélations entre ces dimensions. On observe que l'épuisement émotionnel est corrélé significativement et positivement à la dépersonnalisation ($r = .49$) : plus l'épuisement émotionnel s'élève, plus les médecins entretiennent des attitudes négatives envers leurs patients. Cette liaison entre les deux variables est logique et s'observe dans la plupart des études. Rappelons que l'on considère la dépersonnalisation comme un moyen de faire face à la perte des ressources internes. L'épuisement est également lié mais en sens inverse à l'accomplissement personnel. ($r = -.10$). Lorsque l'épuisement émotionnel augmente, l'accomplissement personnel diminue. Mais, bien que significative, cette corrélation est particulièrement faible. Enfin, on trouve encore une corrélation négative entre la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Plus les médecins dépersonnalisent leurs patients, moins leur accomplissement personnel est grand. Mais à nouveau la corrélation est faible ($r = .15$).

	1	2	3	M	E-T	Et.
1 EE	(.88)	.49*	-.10*	24.15	10.97	0-52
2 DP		(.75)	-.15*	9.19	6.40	0-30
3 AP			(.79)	35.04	7.41	13-48

Tableau 2.1 : Corrélations, Moyenne (M), écart-type (E-T) et étendue (Et.), pour chaque dimension de l'échantillon. (N=393).

* $p < .05$

2.2. Comment caractériser le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne ?

A quel degré de burnout correspondent les scores observés? Pour répondre à cette question nous avons utilisé plusieurs méthodes. Dans un premier temps, et faute de disposer d'un échantillon de référence français, nous avons comparé les scores observés dans cette étude avec ceux de deux échantillons nationaux, hollandais et américains composés respectivement de 3982 et 11067 professionnels de l'aide (infirmières, médecins, travailleurs sociaux, etc.) qui ont renseigné le MBI. Au tableau suivant on trouve les moyennes de ces deux échantillons de référence et celles des médecins libéraux de Champagne-Ardenne.

	Médecins libéraux	Echantillon normatif hollandais	Echantillon normatif américain
EE	M = 24.15 E-T = 10.97	M = 17.86 E-T = 8.50	M = 20.30 E-T = 10.75
DP	M = 9.19 E-T = 6.40	M = 7.35 E-T = 4.29	M = 8.73 E-T = 5.89
AP	M = 35.04 E-T = 7.41	M = 30.95 E-T = 5.72	M = 34.58 E-T = 7.11

Tableau 2.2: Score de burnout (Moyenne et Ecart-Type) des médecins libéraux comparé à deux échantillons normatifs.

On découvre, à la lecture du tableau 2.2 que l'épuisement des médecins libéraux est plus élevé que celui des deux échantillons de référence. Ceci est confirmé par les tests statistiques (t de Student). On fait la même observation pour la dépersonnalisation. Ceci est particulièrement frappant puisqu'à nouveau les différences sont significatives et que la culture américaine est particulièrement « dépersonnalisante ». Ces résultats reflètent donc un profond malaise : le niveau d'épuisement est au plus haut et les attitudes envers les patients sont singulièrement négatives.

En revanche, l'accomplissement personnel n'est pas différent de l'échantillon américain. Et il est statistiquement supérieur à celui de l'échantillon hollandais. Autrement dit, et nous avons déjà observé en partie ce phénomène en Bourgogne, malgré un stress élevé, malgré des attitudes négatives envers les patients, les médecins libéraux trouvent dans leur exercice professionnel, l'occasion de renforcer leur accomplissement personnel.

Pour compléter l'analyse, nous avons calculé le nombre de participants qui, d'après les bornes généralement admises, ont des scores faibles, moyens, et élevés pour chaque dimension du MBI. Les résultats sont présentés au tableau suivant :

	Faible	Moyen	Elevé
EE	33%	24.7%	42.3%
DP	32.5%	23%	44,5%
AP	37.4%	31%	31.5%

Tableau 2.3: Pour chaque dimension du MBI, pourcentage de médecins libéraux qui ont des scores faibles, moyens et élevés.

Cette répartition, tout comme la comparaison avec les moyennes hollandaises et américaines doit être interprétée avec précaution. Elle reflète des grandes tendances et non pas une taxonomie fine. Néanmoins elle est un assez bon « baromètre ». On note qu'environ 42% des médecins libéraux se situent dans la tranche élevée d'épuisement émotionnel et 44.5% entretiennent des attitudes très négatives envers leurs patients. Par ailleurs, si comme nous l'avons vu plus haut, le score d'accomplissement personnel est en moyenne élevé, il demeure faible pour 37.4% de la population, ce qui traduit, sur cette dimension comme sur les autres, des différences majeures entre médecins. Nous nous attacherons, au cours de ce travail à dégager les facteurs qui engendrent ces différences.

2.3. Le score des médecins libéraux comparé à celui d'autres groupes professionnels.

Un autre façon de caractériser le burnout des médecins libéraux est de le comparer à celui d'autres groupes connus pour être exposés à l'usure professionnelle. Au tableau ci-dessous nous présentons, pour chaque dimension du burnout, les scores des médecins et ceux de 5 groupes auprès desquels nous avons mené des études récemment.

		Médecins Libéraux N= 408	Pers. soins Infirmiers. N= 132	Travailleurs sociaux N= 198	Sapeurs Pompiers N= 155	Aides soignantes N= 118	Echantillon TS et inf N= 164
EE:	M:	24.15	18.21	17.08	12.5	20.06	20.80
	E-T:	10.97	10.67	9.77	10.23	10.42	11.39
DP:	M:	9.19	4.14	5.61	7.80	5.46	4.18
	E-T:	6.40	4.20	4.73	6.14	4.88	3.86
AP:	M:	35.04	36.07	35.12	28.23	34.74	35.71
	E-T:	7.41	6.73	6.21	8.78	8.56	6.89

Tableau 2.4 : score de burnout (Moyenne et Ecart-Type) des médecins libéraux de Champagne-Ardenne comparés à d'autres groupes professionnels.

En ce qui concerne l'épuisement émotionnel les analyses statistiques (comparaison de moyenne, t de Student) montrent qu'il est toujours significativement plus élevé chez les médecins libéraux.

Pour la dépersonnalisation, on observe le même phénomène : les médecins libéraux entretiennent, en moyenne, des attitudes plus distantes, plus négatives envers leurs clients que chacun des groupes auxquels nous les avons comparés.

Quant à l'accomplissement personnel, à une exception près, il est semblable à celui des autres groupes. La seule différence est la suivante : les médecins libéraux ont un score significativement supérieur à celui des sapeurs pompiers.

En résumé :

Nous pouvons donc sans risque d'erreur affirmer que chez les médecins libéraux, le syndrome de burnout est particulièrement aigu. Quelle que soit la méthode employée, (comparaison avec des échantillons normatifs, avec d'autres professions ou répartition des individus en fonction de niveaux préétablis) on aboutit à la même conclusion : l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont singulièrement élevés. Toutefois, on note avec intérêt que les médecins maintiennent un accomplissement personnel, qui, sans être élevé, ne diffère pas dans l'ensemble, de celui d'autres professions.

Par ailleurs, comme tous les groupes professionnels, les médecins ne représentent pas un groupe homogène face au burnout. Par exemple, si le score moyen d'épuisement émotionnel est singulièrement supérieur à celui d'autres corps professionnels, et si une large proportion de médecins se situe dans la tranche « épuisement élevé », il est également vrai que d'autres ne semblent pas ressentir ce sentiment d'usure. Ce raisonnement s'applique bien sûr aux deux autres dimensions du burnout. Au cours des chapitres suivants, nous étudierons les variables susceptibles d'expliquer ces différences.

3. L'INFLUENCE DES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.

Les variables socio-démographiques peuvent éventuellement expliquer certaines inégalités entre médecins. Le burnout est-il également réparti en fonction du sexe, du statut, du lieu d'exercice ou encore de l'ancienneté ? Voici les questions abordées au cours de ce chapitre.

3.1. Le sexe.

L'analyse statistique nous montre deux différences entre hommes et femmes. D'abord, les femmes ont un épuisement émotionnel plus faible que les hommes ($M = 21.39$ et 24.62 , respectivement, $F(1, 406) = 5.56$, $p < .02$). Cette différence est sans doute attribuable au fait que les femmes ont une charge quantitative de travail significativement moins importante que les hommes. Elles travaillent moins de jours par semaine, moins d'heures par jour et rencontrent moins de patients (Cf. *infra*). (Evidemment, nous pouvons gager que la moindre charge de travail des femmes s'expliquent en grande partie par leur plus grande présence au niveau des tâches familiales).

Ensuite, on observe des différences quant à la dépersonnalisation : les femmes dépersonnalisent moins leurs patients que les hommes ($M = 6.22$ vs. 9.86 , $F(1, 402) = 21.37$, $p < .000005$). Il s'agit d'un résultat que l'on observe dans la plupart des recherches. On l'interprète en référence à la différence de socialisation des rôles sexuels : les femmes traversent, au cours de leur enfance, des rôles plus « maternels » et les hommes des rôles plus « masculins ». D'après Ogus *et al.*, (1990), si la dépersonnalisation est plus faible chez les femmes c'est parce celles-ci ont des attitudes plus « attentives émotionnellement » alors que les hommes ont des attitudes plus instrumentales.

Mais le score d'accomplissement personnel ne varie pas en fonction du sexe.

	Hommes	Femmes	
EE	24.62	21.39	$p < .02$
DP	9.86	6.22	$p < .000005$
AP	34.98	35.26	ns

Tableau 3.1. Le score de burnout en fonction du sexe.

3.2. L'âge.

L'âge n'est pas lié au burnout. Si l'on calcule les corrélations entre cette variable et chacune des dimensions du MBI, on obtient un r de Bravais Pearson égal à $-.07$, $-.09$ et $.01$ pour l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel, respectivement.

Par ailleurs, si l'on répartit les médecins selon quatre tranches d'âge (40 et moins, de 41 à 50 ans, de 51 à 60 ans et 61ans et plus), les analyses de variance ne donnent aucun résultat significatif. Certes on observe bien une certaine tendance, mais non significative : le burnout tend à baisser après 50 ans. Est-ce parce que les médecins ont développé des capacités de faire face efficaces ? Est-ce parce qu'ils ont révisé leurs aspirations initiales?

On peut trouver des éléments de réponse dans ce témoignage :

« Paradoxalement, l'acquisition de l'expérience professionnelle s'est accompagnée d'une prise d'une certaine décontraction dans mon travail ».

3.3. Le statut.

Est-on plus ou moins victime du burnout selon que l'on est généraliste, M.E.P. ou spécialiste ? Les deux premières dimensions du burnout l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ne varient pas en fonction du statut. En revanche, l'accomplissement personnel y est sensible : $F(2, 399) = 3.17$, $p < .045$. L'analyse révèle que les médecins généralistes ont un degré d'accomplissement plus faible que leurs collègues spécialistes ($M = 34.28$ vs 36.16 , $t(377) = 2.35$, $p < .02$). Si l'on se réfère à la définition de l'accomplissement personnel, on peut conclure que les médecins généralistes ont, comparativement aux spécialistes, un moindre sentiment d'auto-efficacité et une perception amoindrie de leurs compétences (ou de leur utilisation).

3.4. Le lieu d'exercice.

Le lieu où l'on exerce représente un environnement plus ou moins riche en ressources disponibles, en interactions, et inversement, en contraintes matérielles ou relationnelles. La région Champagne-Ardenne est composée, *grosso modo* de deux départements enclavés, les Ardennes et la Haute Marne et de deux départements plus « développés », l'Aube et la Marne. A titre exploratoire, nous avons calculé le degré de burnout ressenti dans chacun des départements. En ce qui concerne l'épuisement émotionnel nous n'observons pas de différences significatives. On remarque toutefois que dans les Ardennes et en Haute-Marne il tend à être plus élevé qu'ailleurs.

Pour la dépersonnalisation, les résultats montrent qu'elle est significativement plus élevée en Haute Marne que dans l'Aube ($M = 11.12$ vs. 8.69 , $t(138) = 2.26$, $p < .03$) et que dans la Marne ($M = 11.12$ vs. 8.74 , $t(239) = 2.39$, $p < .02$). En d'autres termes, il est probable que dans un environnement rural, les relations avec les patients soient plus « tendues » que dans des environnements plus urbains.

	Ardennes	Aube	Hte Marne	Marne
EE	24.41	23.11	25.82	23.72
DP	9.49	8.69	11.12	8.74
AP	35.68	35.16	34.01	35.04

Tableau 3.2: les scores de burnout en fonction des départements.

Pour étayer ce raisonnement, on peut examiner le degré de burnout en fonction du lieu immédiat d'exercice : quel que soit le département, les médecins ruraux ont-ils un burnout plus élevé que les médecins urbains ? Les résultats montrent que les médecins « ruraux » tendent (mais ce n'est pas significatif) à avoir un épuisement émotionnel plus élevé et un accomplissement personnel moindre que leurs collègues « urbains » ou « péri-urbains ».

Comme le dit un médecin «Du fait de ma situation de rurale, il est vrai que mon travail « m'accapare » plus que je ne le voudrais, au dépend de ma famille et de notre vie privée. Ceci créant un stress supplémentaire ».

Par ailleurs, les « ruraux » entretiennent à l'égard de leurs patients des attitudes particulièrement négatives. De fait, chez eux, le degré de dépersonnalisation est significativement plus élevé que chez les « urbains » et « péri-urbains » ($M = 10.70, 8.58, 8.37$, $F(2, 399) = 4.83, p < .009$).

	Rural	Urbain
EE	24.64	23.86
DP	10.70	8.58
AP	34.10	35.45

Tableau 3.3 : Le burnout en fonction du lieu d'exercice

On peut donc affirmer que l'exercice de la médecine en milieu rural tend à engendrer un épuisement émotionnel plus élevé, et à entretenir des relations plus conflictuelles, tendues, avec les patients.

En résumé :

Les analyses de variance nous révèlent les différences suivantes :

-Les femmes ont un plus faible épuisement émotionnel, et elles dépersonnalisent moins leurs patients.

-L'âge n'a qu'un effet très marginal sur le burnout.

-Les généralistes ont un moindre accomplissement personnel que les spécialistes.

-Les médecins ruraux tendent à être plus épuisés émotionnellement et à ressentir un faible accomplissement personnel. Leurs attitudes à l'endroit des patients sont particulièrement négatives : ils dépersonnalisent davantage leurs clients.

4. LA CHARGE DE TRAVAIL QUANTITATIVE.

« Je travaille trop, j'aimerais pouvoir faire de la qualité ».

« Les gardes et astreintes sont insupportables (nuits blanches par le travail ou par la difficulté de trouver le sommeil »

Différentes recherches ont mis en évidence les conséquences néfastes qu'une charge de travail importante pouvait avoir sur le bien être psychologique et physique. A titre d'exemple, on peut citer les travaux de Karasek (1979, 1988) qui montrent l'existence d'une association significative entre tensions professionnelles et morbidité cardio-vasculaire.

Dans un premier temps, nous examinerons la répartition de la charge quantitative en fonction des caractéristiques socio-démographiques. Ensuite, nous testerons l'impact de cette charge sur le burnout.

4.1 La charge de travail quantitative des médecins libéraux de Champagne-Ardenne.

Comme le montre le tableau suivant, les médecins, toutes caractéristiques confondues, travaillent plus de 5 jours par semaine et plus de 10 heures par jour. Dans la mesure où l'on accepte ces critères (nous sommes bien conscients qu'ils sont déclaratifs) comme des indicateurs valides de la charge quantitative, on peut sans hésiter annoncer que nous avons affaire à un groupe professionnel qui endure une lourde charge. On notera toutefois de grands écarts, puisque le nombre de jours travaillés varie entre 3 et 7 et l'amplitude horaire journalière entre 4 et 16. Il est plus difficile d'interpréter la somme des actes réalisés. Elle nous renseigne tout au plus sur le nombre de personnes rencontrées quotidiennement. Mais il est évident que d'un acte à un autre, la charge quantitative est variable. Certains spécialistes peuvent, par exemple, ne pratiquer que quelques actes quotidiens, mais des actes particulièrement stressants.

	Moyenne	Minimum	Maximum
Jours/semaine	5.36	3	7
Heures/jour	10.35	4	16
Actes par jour	27.60	4	60

Tableau 4.1 : la charge de travail.

4.2. Charge de travail et caractéristiques socio-démographiques.

Nous avons vu que si la charge de travail est en moyenne élevée, elle varie considérablement puisqu'elle s'étend de 3 à 7 jours et de 4 à 16 heures. Nous avons donc cherché dans quelle mesure les caractéristiques socio-démographiques expliquent ces différences.

4.3. Charge de travail et sexe.

Nos résultats montrent que la charge de travail, quel que soit l'indicateur utilisé, est significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. On trouvera le détail de ces différences au tableau suivant.

	Jours/semaine	Heures/jour	Actes/jour
Hommes	5.44	10.52	28.09
Femmes	5.01	9.61	25.63

Tableau 4.2 : la charge de travail en fonction du sexe.

Comme on le voit les hommes travaillent plus de jours par semaine $F(1, 405) = 24,9$, $p < .000001$, plus heures par jour, $F(1, 402) = 16,6$, $p < .00006$, et réalisent plus d'actes $F(1, 381) = 4,3$, $p < .04$.

Nous l'avons déjà dit plus haut, ces différences ne peuvent s'interpréter qu'en tenant compte d'un fait social majeur : les femmes ont souvent une double activité. Nous savons tous qu'elles subissent plus que les hommes le poids des tâches domestiques, ce qui explique pourquoi elles doivent réduire leurs horaires de travail.

4.4. Le lieu d'exercice.

Nous avons vu que le degré de burnout fluctue selon le lieu d'exercice : globalement, les médecins « ruraux » tendent à avoir un épuisement émotionnel plus élevé, et un moindre accomplissement personnel. Et surtout, ils dépersonnalisent davantage leurs patients. On peut se demander si ces résultats s'expliquent, au moins en partie par la charge de travail.

Les analyses de variance nous montrent que, globalement, le lieu d'exercice a une influence significative sur l'amplitude horaire journalière ($F(2, 298) = 13.04$, $p < .000003$) et sur le nombre d'actes réalisés par jour ($F(2, 378) = 2.90$, $p < .06$). Plus précisément, les médecins ruraux ont une amplitude horaire journalière plus élevée que celle de leur collègues urbains, ($F(1, 359) = 25,22$, $p < .000001$). Ils réalisent également plus d'actes ($F(1, 340) = 5.51$, $p < .02$). De leur côté les médecins péri-urbains travaillent chaque jour davantage que les médecins urbains ($F(1, 279) = 3.96$, $p < .05$).

	Jours/semaine	Heures/jour	Actes/jour
Péri-urbain	5.45	10.61	27.83
Urbain	5.33	9.99	26.71
Rural	5.38	10.97	29.23

Tableau 4.3 : La charge de travail en fonction du lieu d'exercice.

On trouve donc ici des différences qui pourraient en partie expliquer le degré de burnout plus élevé des médecins exerçant en campagne puisqu'ils ont les journées les plus longues et qu'ils réalisent le plus grand nombre d'actes. De fait, (Cf. *infra*) le nombre d'heures travaillées quotidiennement influence l'épuisement émotionnel. Mais cette variable influe peu la dépersonnalisation. Par ailleurs, et nous le verrons aussi plus loin, plus les journées sont longues, plus les médecins ont un accomplissement élevé. Or, nous avons vu que les médecins « de campagne » dépersonnalisent particulièrement leurs clients et ont un faible accomplissement. Leur charge plus élevée n'est donc pas un facteur suffisant pour expliquer leur burnout.

En ce qui concerne l'influence des départements sur la charge de travail, il n'y a pas d'influence globale de cette variable. Néanmoins, si l'on compare l'ensemble des départements pris deux à deux, on observe les différences suivantes :

-Dans l'Aube, les semaines des médecins libéraux sont en moyenne plus courtes (M= 5.21) que dans la Marne (M= 5.41), $F(1, 288) = 4.87, p < .03$.

-En Haute Marne, les journées sont plus longues que dans la Marne (10.73 vs 10.20), $F(1, 255) = 3.80, p < .055$, et les actes réalisés quotidiennement sont plus nombreux (30.21 vs 26.75, $F(1, 238) = 5.49, p < .02$). Ce résultat est-il lié à la démographie médicale ? On ne peut en tout cas pas l'attribuer au fait qu'il y aurait dans la Marne une proportion plus importantes de spécialistes et qui réaliseraient moins d'actes. Spécialistes et généralistes réalisent en moyenne le même nombre d'actes.

4.5. Le statut.

La charge de travail varie t-elle en fonction du statut ? Ici nous trouvons principalement des différences entre les MEP et leurs collègues généralistes et spécialistes. Les premiers ont des semaines plus courtes que les généralistes (M=5.06 vs. 5.36 jours, $F(1, 268) = 5.46, p < .02$) et que les spécialistes (M= 5.06 vs. 5.40, $F(1, 159) = 3.41, p < .07$). Ils ont des journées moins longues que les généralistes (M= 9.77 vs. 10.63, $F(1, 266) = 5.49, p < .02$).

En revanche les différences entre généralistes et spécialistes ne concernent que le nombre d'heures quotidiennes. Les premiers ont des journées plus longues que les seconds (M= 10.63 vs. 9.94, $F(1, 378) = 13.67, p < .0003$).

	Jours/semaine	Heures/jours	Actes/jours
Généralistes	5.36	10.63	27.65
M.E.P.	5.06	9.77	26.37
Spécialistes	5.40	9.94	27.76

Tableau 4 .4 : charge de travail en fonction du statut.

4.6. Charge de travail et burnout : influence du nombre d'heures.

Le nombre d'heures travaillées a-t-il une influence sur le burnout ? Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une coupe à la médiane. Nous obtenons ainsi deux groupes aux effectifs égaux, ceux qui travaillent 10 heures par jour et moins et ceux qui travaillent plus de 10 heures.

Ceux dont l'amplitude horaire quotidienne est moindre ressentent significativement moins les effets de l'épuisement émotionnel. ($M=22.9$ vs. 25.5 , $F(1,402) = 5,66$ $p < .02$). Ils dépersonnalisent moins leurs patients, mais la différence n'est pas significative. En revanche, on note qu'avec le nombre d'heures travaillées, l'accomplissement personnel s'accroît ! ($M=34.25$ vs. 36.18 , $F(1, 396)= 6.80$, $p < .01$). Ces résultats sont valables pour l'ensemble de l'échantillon : nous ne trouvons pas d'interaction avec le sexe, le statut, (même si l'effet est plus prononcé pour les spécialistes que pour les généralistes).

En d'autres termes, nous sommes face à un résultat qui peut paraître paradoxal. Un des indicateurs de la charge de travail, l'amplitude horaire journalière, accroît l'épuisement émotionnel des médecins libéraux. Mais parallèlement, il amplifie l'accomplissement personnel.

(Nota : les mêmes résultats sont obtenus avec une analyse de régression.)

4.7. Charge de travail et burnout : influence du nombre de jours travaillés.

Le nombre de jours travaillés par semaine a une seule influence à peine significative sur l'épuisement émotionnel. Ici la causalité va dans le sens intuitivement attendu. Lorsque le nombre de jours de travail augmente, l'épuisement ressenti tend à s'accroître. ($M = 24.98$ vs. 22.88 , $F(1, 405) = 3.72$, $p < .06$).

Mais cette variable n'a pas d'influence sur les deux autres dimensions du burnout, dépersonnalisation et accomplissement personnel.

4.8. Charge de travail et burnout : influence du nombre d'actes.

On observe bien une influence du nombre d'actes réalisés quotidiennement sur le burnout, mais il s'agit d'une simple tendance. Ceux qui déclarent plus de 25 actes ont un épuisement émotionnel plus fort ($M= 24.89$ vs. 22.87 , $F(1, 381) = 3.26$, $p < .072$) et dépersonnalisent davantage leurs clients. ($M= 9.80$ vs. 8.69 , $F(1, 377) = 2,85$, $p < .092$). Comme on le constate, ces différences ne sont pas significatives.

4.9. Les stresseurs.

Nous avons voulu compléter l'analyse en examinant quels stresseurs les médecins rencontraient le plus souvent. Nous leur avons demandé :

« Pour chacune des situations professionnelles suivantes, merci d'indiquer selon quelle fréquence vous la rencontrez ». Pour répondre, les participants utilisaient une échelle en 7 points allant de « 0 » (pas du tout fréquent) à 6 (tout à fait fréquent).

Bien entendu, le choix des stresseurs proposés n'était pas le fruit du hasard. Nous l'avons établi à partir de la première étude réalisée en Bourgogne. Au tableau suivant, nous avons classé les stresseurs par ordre d'importance décroissant. Nous indiquons également dans quelle mesure chaque stresser influence le burnout.

Les stresseurs perçus comme les plus fréquents réfèrent à des pressions externes : d'abord la charge de travail, suivie « logiquement » par le manque de temps consacré aux patients. En voici quelques témoignages :

« L'informatisation, loin de simplifier l'exercice professionnel, est une source de fatigue supplémentaire et de stress, chronophage ».

« Trop de grosses demandes de disponibilité »

« Le bonheur, c'est d'arrêter de bosser à 18 heures »

Nous avons vu qu'effectivement, la charge de travail est particulièrement élevée chez les médecins libéraux. Très proches, apparaissent deux autres facteurs liés à l'environnement professionnel : les pressions administratives et la fiscalité.

« Trop de tracasseries administratives ».

« Bien que l'informatique soit une aide précieuse pour l'exercice médical, elle n'a malheureusement pas supprimé nombre de contraintes paperassières administratives ».

« Supprimer les tracasseries administratives. Valoriser le caractère humaniste de la profession plutôt que la perfection technologique »

« Les caisses primaires d'assurance maladie devraient modifier :

-leur caractère arrogant envers les professions de santé et mieux tenir compte des observations des diverses personnes qui sont directement au contact des malades sur le terrain ».

	M	EE	DP	AP
Surcharge de travail	4.27	*		
Manque de temps à consacrer aux patients	3.48		*	
Pression administrative	3.38			
Fiscalité	3.24			
Cas Complexe	3.20		*	*
Manque de respect de la part des patients	3.02		*	
Problème matériel (ex : problème informatique, etc.)	2.91			
Patient non compliant	2.77	*	*	*
Demandes excessives, harcèlement de la part des patients	2.72			
Manque de communication entre différents corps médicaux	2.43			
Choc émotionnel	2.04	*		
Agressivité de la part des patients	1.92			
Conflits avec un (des) collègue(s)	1.16	*	*	
Poursuite judiciaire	0.29			

Tableau 4.5 : Influence perçue de différents stressseurs et impact relatif sur le burnout.

Toutefois, les analyses de régressions multiples nous montrent que ces situations, bien que fréquentes, ont un poids relatif assez faible sur les dimensions du burnout. La surcharge de travail n'a une influence que sur l'épuisement émotionnel, le manque de temps n'influence que la dépersonnalisation. Quant aux deux autres variables, à savoir pression fiscale et fiscalité, elles n'ont, comparativement aux autres variables aucun poids sur le burnout.

En d'autres termes, des stressseurs perçus comme particulièrement fréquents peuvent n'être qu'une cause très relative de l'usure professionnelle.

Ensuite, mais perçus comme moins fréquents, viennent principalement des variables relatives à la difficulté de la relation médecin / patient : « Cas complexe », « Manque de respect de la part des patients », « patient non compliant », « demandes excessives, harcèlement de la part des patients ».

Citons en écho ce spécialiste qui nous écrit que :

« Au cours des dernières années, je suis frappé par :

-1) L'exigence croissante des patients (RV rapides ; appel téléphonique au moindre problème ; etc.)

-2) L'assistanat des patients, ou du moins de certains d'entre eux : « tout leur semble dû »

-3) Une incivilité croissante des patients : RV non honorés ; retard aux RV, etc.

-4) La menace de poursuites rarement exprimée mais semblant toujours « planer » au dessus de nous lors d'un cas difficile ou lorsque les relations se tendent.

Le seul point positif est la plus grande possibilité d'éconduire le patient d'emblée procédurier ou agressif. »

Un généraliste écrit :

« -L'exigence sans cesse croissante de la clientèle

-la politesse et le respect en voie de disparition allant de paire avec la croissance exponentielle de la connerie humaine fait que je n'ai désormais qu'un seul objectif : la retraite »

Un autre ajoute :

« Ce n'est pas notre métier qui est devenu plus difficile ou stressant (au contraire, nous travaillons moins que nos aînés qui pratiquaient des actes plus lourds et variés de jour comme de nuit (ex : accouchement, etc.). C'est la société qui a changé avec des gens pressés, exigeants, moins soumis... Mais les contraintes sont devenues les mêmes pour toute catégorie professionnelle travaillant directement en relation avec le public »

Un autre encore :

« Je déplore le fait que beaucoup de gens ne savent plus « gérer » un symptôme comme fièvre, angoisse, petit bouton, vague douleur, rhume et appellent trop tôt et veulent un traitement ou une simple explication. Nous sommes dans une société de consommation »

Parmi ces stressseurs relationnels viennent s'immiscer la question des problèmes matériels. On notera que ces variables opérationnalisant différents aspects de la relation avec les patients ont, à l'exception de la perception du harcèlement, un poids relatif important sur le burnout : la non-compliance des patients est corrélée à l'épuisement émotionnel. Trois de ces variables influencent la dépersonnalisation : « cas complexe », « manque de respect de la part des patients » et « patient non compliant ». Enfin, deux variables « cas complexe » et « patient non compliant » contribuent à diminuer l'accomplissement personnel.

Enfin, arrive un ensemble de stressseurs traduisants des relations conflictuelles et chargées affectivement. « manque de communication entre différents corps médicaux », « choc émotionnel (décès brutal d'un patient, pronostic défavorable, etc.) », « agressivité de la part des patients », « conflits avec un ou des collègues » et « poursuite judiciaire de la part des patients » (On aurait pu inclure les demandes excessives dans cette dernière liste). On notera que les chocs émotionnels et les conflits avec les collègues sont associés à un niveau élevé d'épuisement émotionnel. Par ailleurs, cette dernière variable est liée à la dépersonnalisation. On peut supposer que ces conflits concernent des désaccords à propos d'interventions et qu'ils finissent par engendrer des attitudes négatives envers les patients.

En résumé.

Les médecins libéraux ont une charge de travail élevée. Mais celle-ci varie en fonction du sexe et du lieu d'exercice.

Toutefois, pour les 3 indicateurs retenus, les résultats sont convergents : la charge quantitative de travail a un effet assez relatif sur le burnout. On observe même qu'elle peut contribuer à renforcer le sentiment d'accomplissement personnel.

Par ailleurs, lorsque l'on examine le poids relatifs de stressors variés, on constate à nouveau que la charge de travail, même si elle paraît omniprésente, n'a qu'un poids très relatif comparé aux relations avec les clients.

5. L'IDENTITE PROFESSIONNELLE OU L'ORIENTATION DE CARRIERE.

5.1. Introduction.

Beaucoup de commentaires qui accompagnent les réponses expriment une « démotivation », un sentiment de perte de reconnaissance, une difficulté à exercer ses compétences :

« Ma profession a perdu beaucoup d'intérêt pour moi dans la mesure où je ne me sens plus reconnu à ma juste valeur et où je me sens de plus en plus contraint et de moins en moins libre de l'exercer à tel point que je serais tenté de détourner mon propre fils de sa vocation de faire médecine et la même spécialité que moi »

« Je n'ai de libéral que le nom et on me le fait payer très cher... Or les charges administratives et les conditions d'exercice (responsabilité, problèmes médico-légaux) brident l'exercice de ma profession que j'ai apprise pendant plus de 15 ans pour finalement ne me servir que de 30% de mes compétences... »

« Le service que nous rendons à la population (téléphone), notre niveau d'étude, nos responsabilités ne sont pas pris en compte dans notre rémunération. Il vaut mieux s'occuper du portefeuille de nos malades (professions juridiques ou financières) que de leur santé. Notre statut de médecin s'est considérablement dévalorisé sous tous les aspects »

« Médecine libérale ? Profession indépendante ? De qui ? Des patients, de la sécu, de l'Ordre, du fisc, de la justice ? »

« Le métier de médecin est de moins en moins reconnu par la société et les personnes dans sa composante humaine. Il devient de plus en plus un objet de consommation avec par contre une exigence des personnes pour qu'il soit toujours identifié comme unique. Le médecin doit devenir un bon commercial »

Chaque individu entretient des attentes particulières vis à vis de son travail : gains matériels, plaisir à acquérir, exercer et faire fructifier telle compétence, reconnaissance sociale, ou encore simple activité obligée. Le travail permet, plus ou moins, de réaliser ses aspirations, de faire vivre certaines valeurs auxquelles on est attaché, de renforcer son sentiment d'auto-efficacité, son estime personnelle ou simplement son confort matériel.

Pour mieux cerner ces attentes et comprendre leur impact sur la santé, Cherniss (1980) avance la notion d'orientation de carrière (*Career orientation*). Ce terme renvoie à la signification qu'un individu donne à son travail, aux besoins, aux valeurs, aux buts qu'il cherche à satisfaire à travers sa profession. Autrement dit, aux aspirations, aux engagements, aux investissements qui motivent l'individu ainsi qu'aux bénéfices, aux récompenses qu'il attend de son activité.

5.2. les orientations de carrière.

Les analyses de Cherniss l'amènent à distinguer, chez les professionnels de l'aide, les quatre orientations suivantes :

-1) L'activiste social ou le militant. Critique à l'égard d'une profession qu'il espère transformer, peu soucieux de son statut ou de sa sécurité d'emploi, il cherche tout autant, à

travers son travail, à amener un changement social qu'à améliorer la situation de ses patients. Pour cet idéaliste, le travail représente plus un engagement qu'un emploi.

-2) Le carriériste. Celui-ci cherche le succès conventionnel. Prestige, responsabilité, sécurité financière, reconnaissance sociale, etc., alimentent et dirigent ses efforts. Animé par un fort désir de comparaison sociale, soucieux de respectabilité sociale et de promotions, ses efforts sont dirigés vers l'obtention de renforcements extérieurs.

-3) L'artisan. Avec cette orientation, l'individu valorise le développement de ses compétences. Maîtriser de nouvelles capacités, acquérir de nouvelles connaissances, maintenir une certaine indépendance, tester de nouvelles méthodes, autant de situations que recherchent les individus caractérisés par cette orientation. Pour eux, le travail est l'occasion d'exercer leur savoir faire ou de le développer au cours de nouvelles expériences. Le contenu de l'activité professionnelle, ses qualités intrinsèques, doivent permettre de satisfaire leurs aspirations, leurs normes internes.

-4) L'égoïste. Ici, l'important est de satisfaire sa vie personnelle, hors travail. La sphère privée, familiale, les loisirs prennent le pas sur le travail qui n'est qu'un moyen instrumental de faire fructifier la vie privée. En conséquence les personnes qui s'inscrivent dans cette orientation s'engagent relativement peu dans leur travail.

Bien sûr chacun se reconnaît un peu dans chaque portrait. Qui n'a pas ressenti à la fois l'exaltation du carriérisme, le confort de l'égoïsme, l'envie passionnée de changer le monde de l'activiste et celle d'être au plus près de ses patients qui anime l'artisan ? Mais il semble bien qu'à un moment donné de son activité professionnelle, une des identités domine les autres. (Cf., entre autres les travaux de Ronald Burke). Nous avons donc examiné l'orientation qui guidait les médecins libéraux à leur entrée dans la profession et celle qui les guide actuellement. Il était également intéressant de se pencher sur les éventuels changements d'orientation. Ceux-ci peuvent nous renseigner sur l'évaluation de la « mentalité » des médecins, sur les modifications de leurs engagements. Nous avons également cherché à comprendre s'il y avait un lien - et lequel - entre orientation de carrière et burnout. (On peut bien entendu conserver la même identité tout au long de sa carrière professionnelle).

Pour évaluer les orientations de carrière, nous avons proposé aux participants 4 portraits de médecins, chacun correspond à une orientation (égoïste, activiste, etc.). Deux questions leur étaient posées : « Lorsque vous avez débuté votre carrière, auquel de ces médecins ressembliez-vous le plus ? » et « Aujourd'hui, auquel de ces médecins avez-vous l'impression de ressembler le plus ? »

5.3. L'orientation de carrière à l'entrée dans la profession.

On trouvera au tableau suivant la répartition des orientations de carrière à l'entrée dans la profession.

	N	%
Egoïste :	38	9.5%
Activiste	160	39.9%
Carriériste	32	8.%
Artisan	171	42.6%

Tableau 5.1 : Les orientations de carrière des médecins libéraux à l'entrée dans la profession.

On constate que deux orientations animent majoritairement les aspirations initiales des médecins: d'une part le modèle de l'artisan (42.6% des médecins) d'autre part celui de l'activiste (quasiment 40%). Exercer et développer ses compétences, atteindre une bonne qualité de soins, contribuer à l'amélioration sociale et au changement positif de sa profession, sont des motivations qui animent huit médecins sur 10 (82.2%). On peut interpréter ce résultat comme le signe, on pourrait dire « normal », de l'engagement social et professionnel.

5.4. L'orientation de carrière actuelle.

Mais les attentes des individus peuvent changer. Il est fréquent d'observer un réajustement des aspirations initiales. Nous avons tous été surpris pas l'ambition professionnelle d'un ami qui pendant longtemps s'est contenté d'exercer son métier dans l'ombre, ou inversement par le désengagement d'un collègue. Si ces changements traduisent des problématiques individuelles, ils désignent certainement, lorsqu'on les observe au niveau collectif, des problématiques qui traversent une profession. Comme on le voit au tableau suivant, il y a un changement majeur dans l'identité professionnelle des médecins libéraux.

	N	%
Egoïste :	140	35.%
Activiste :	55	13.75%
Carriériste :	33	8.25%
Artisan :	172	43%

Tableau 5.2 : Les orientations de carrière actuelle des médecins libéraux.

Si les 'artisans' dominent toujours, si les 'carriéristes' sont aussi peu nombreux, (leurs proportions respectives sont inchangées) ce qui frappe, c'est le mouvement entre l'orientation « activiste », tournée vers le social et l'orientation « égoïste » qui indique un repli sur la sphère privée. De fait, si à l'origine 39.7% des médecins se définissent comme 'activistes' ce modèle n'attire aujourd'hui que 13.9% d'entre eux. Inversement, si seulement 9.6% des médecins se considéraient comme 'égoïstes' à l'entrée dans la profession, ils sont maintenant 35.5%.

Autrement dit, on observe chez les médecins libéraux un mouvement de repli identitaire : d'abord tournés vers le désir de changement social, ils se retranchent progressivement sur le monde de leurs intérêts privés. L'un d'entre eux nous écrit :

« sans reconnaissance et respect, le médecin ne peut s'investir pleinement (ou pas très longtemps). »

5.5. Une orientation « égoïste » gagne t-elle les plus jeunes médecins ?

On peut compléter l'analyse en observant quelle est l'orientation actuelle des médecins les plus jeunes. Sont-ils aussi majoritairement 'artisans' et 'activistes' ? Au contraire observe t-on un changement par rapport à l'ensemble de la profession ? En fait, les données réservent quelques surprises : il apparaît qu'en fait, les plus jeunes médecins, sont à 43.6% dans une orientation 'égoïste'.

Ce changement n'a pas échappé à l'acuité de certains. Un participant nous écrit :

« Quelle tristesse devant l'apparition de cette démotivation. Quel choc et quelle remise en question au contact des jeunes médecins installés, qui préservent d'emblée leur vie personnelle et mettent des limites à leur dévouement professionnel »

Un autre :

« Il y a une grande ambivalence dans notre métier entre les « anciens » et les « modernes ». « Nous « anciens » sommes encore attachés à la notion de sacerdoce de notre profession, avec une disponibilité de tous les instants et sans regard du nombre d'heures de travail.

« A l'opposé des « modernes » qui aspirent plus à un statut de 40 heures / semaine et pour lesquels le métier de médecin est un métier comme un autre.

« Le regard nouveau d'une certaine partie de la clientèle nous ferait regretter notre façon de voir les choses (exigence, non respect..) »

Un autre encore:

« Certains médecins, par la quantité d'actes qu'ils effectuent ont totalement « gaché » notre profession »

En d'autres termes, il semble que nous assistions à un double mouvement identitaire. D'une part, sur l'ensemble de la profession, les médecins montrent un désengagement, passant d'une orientation tournée vers le social et le plaisir à exercer son activité, à un repli sur la sphère privée. Mais d'autre part, il semble que si pour les 'anciens' le désengagement est progressif, il est beaucoup plus immédiat pour les plus jeunes. Il arrive plus tôt dans l'exercice professionnel. Bien entendu, ces résultats devraient être contrastés avec ceux d'autres professions et on pourrait aussi les compléter auprès d'étudiants en médecine. Nous ne savons pas dans quelle mesure ils sont spécifiques aux médecins ou généralisables d'un mouvement

plus large qui traverse notre société. Sans doute le repli sur soi est-il le lot des cultures individualistes.

Néanmoins, ce repli pose sans doute une véritable question pour une profession qui traditionnellement, est tournée vers autrui. Il n'est pas certain que l'orientation « égoïste » conviennent à l'exercice de la médecine, en tout cas tel qu'on l'entend « classiquement ». Ces données, sans doute corrélatives d'une véritable crise de l'exercice de la médecine, renvoient indiscutablement à une question fondamentale : quel type de médecin, quel type de médecine pour quel type de relation médecin / patient ?

5.6. Orientation de carrière et caractéristiques socio-démographiques.

Des valeurs et aspirations attachées à l'exercice professionnel offrent-elles des variations en fonction des caractéristiques socio-démographiques des participants ? Nos analyses nous révèlent que :

-Il n'y a pas de différence entre hommes et femmes du point de vue des orientations de carrière initiale (Chi² de Pearson : 5,39; dl=3; p=.14) ou actuelle (Chi² de Pearson : 2,61; dl=3; p=.46)

-Il y a pas de différence en fonction de l'âge pour l'orientation de carrière initiale (Chi² de Pearson : 8,3; dl=9; p=.51), mais il y en a une pour l'orientation actuelle, (confère *supra*).

-On note, à l'entrée dans la profession, une différence significative en fonction du statut. (Chi² de Pearson = 8,53, df=3 p=.037). Les spécialistes sont davantage attirés par les motifs de l'artisan (52.2%) que les généralistes (37.8%). En revanche les généralistes se définissent plus comme « activistes » (42.3% vs. 35.1%). Il est probable que ces différences soient liées au contenu même de l'activité et à sa signification sociale, ou en tout cas, aux représentations que nous en avons.

	Artisan	Egoïste	Activiste	Carriériste
Généralistes	37.8%	11.2%	42.3%	8.6%
Spécialistes	52.2%	6%	35.1%	6.7%

Tableau 5.3 : Orientation initiale des généralistes et des spécialistes.

Si maintenant on croise le statut avec l'orientation actuelle, on note à nouveau des différences, mais qui ne sont que des tendances non significatives (Chi² de Pearson 5,95 df=3 p=.12). En fait, la proportion « d'artisans » demeure quasiment la même. Mais on remarque que si généralistes et spécialistes ont perdu en « activistes » et gagné en « égoïstes », ce mouvement est plus prononcé chez les premiers.

	Artisan	Egoïste	Activiste	Carriériste
Généralistes	39.1%	38.3%	14.7%	7.9%
Spécialistes	50.7%	28.3%	12%	9%

Tableau 5.4. Orientation actuelle des généralistes et des spécialistes.

-Il n'y a pas de lien entre le lieu d'exercice actuelle et l'orientation de carrière initiale. En revanche, on observe un lien tendancielle entre lieu d'exercice et l'identité actuelle. (Chi² de Pearson : 11,74; dl=6; p= .068). En fait, les médecins ruraux sont sur-représentés dans l'orientation « égoïste » alors que leurs collègues urbains y sont sous-représentés. Inversement, les médecins ruraux sont sous-représentés dans le modèle de l'artisan alors que les médecins urbains y sont sur-représentés. Ces résultats viennent confirmer, les analyses développées plus haut à propos du malaise des médecins exerçant en milieu rural.

		Orientation de Carrière Actuelle				N et Pourcent. de l'effectif
		Egoïste	Artisan	Activiste	Carriéri.	
Orientation de Carriere Initiale	Artisan	61	81	13	16	171
	% ligne :	35.7%	47.4%	7.60%	9.4%	(42.75%)
	% colonne :	43.6%	47.1%	23.6%	48.5%	
	Egoïste	25	12	1	0	38
	% ligne :	65.8%	31.6%	2.6%	0%	(9.50%)
	% colonne :	17.9%	7.0%	1.8%	0.0%	
	Activiste	40	70	35	14	159
	% ligne :	25.2%	44.0%	22.0%	8.8%	(39.75%)
	% colonne :	28.6%	40.7%	63.6%	42.4%	
	Carriériste	14	9	6	3	32
	% ligne :	43.7%	28.1%	18.7%	9.4%	(8.0%)
	% colonne :	10.0%	5.2%	10.9%	9.1%	
N et Pourcentage de l'effectif		140 (35%)	172 (43%)	55 (13.75%)	33 (8.25%)	400

Tableau 5 .5 : le passage de l'orientation de carrière initiale à l'orientation de carrière actuelle.

5.7. Qui a changé d'orientation ?

Une proportion importante de médecins a changé d'orientation : 64%. On trouvera au tableau ci-dessus le détail de ces changements. Lorsque l'on croise la variable « changement » avec les caractéristiques des médecins, on constate que :

-Le changement n'est pas lié au sexe, ni à l'âge, ni au statut, ni à la charge de travail (jours, heures, actes).

-Le changement tend à être lié au lieu d'exercice : si l'on compare les médecins ruraux et les médecins urbains, on constate que les premiers ont davantage changé (70% d'entre eux) que les seconds (60%) (χ^2 de Pearson = 2,91, $df=1$ $p= .087$). Ce résultat confirme la « crise » plus accentuée que nos données révèlent chez les médecins ruraux.

5.8. Orientation de carrière et burnout.

Dans la mesure où l'orientation de carrière traduit les valeurs attachées au travail, on peut supposer qu'elle est liée au burnout. Pour tester la liaison entre orientation de carrière et burnout, plusieurs analyses s'offrent à nous. Nous pouvons examiner le lien direct entre les orientations (initiales et actuelles) et le burnout. Nous pouvons aussi examiner le lien entre changement d'orientation de carrière et burnout.

5.9. Orientation de carrière initiale et burnout.

Les analyses ne montrent aucun lien entre l'orientation de carrière initiale et le burnout. Mais c'est plutôt dans l'orientation actuelle, ou dans le changement d'orientation que l'on s'attend à trouver des influences.

5.10. Orientation de carrière actuelle et burnout.

Nous trouvons effectivement une liaison très significative entre l'orientation actuelle et le burnout. L'ensemble des données est présenté au tableau suivant.

	EE	DP	AP
Egoïste	25.71	10.81	33.46
Activiste	23.20	7.65	36.18
Carriériste	26.30	12.56	35.78
Artisan	22.45	7.52	35.54

Tableau 5.6 : orientation de carrière actuelle et burnout.

On peut affirmer que deux groupes sont nettement protégés du burnout, à savoir les artisans et les activistes. En revanche, leurs confrères égoïstes et carriéristes sont beaucoup plus exposés. Examinons plus en détails les résultats.

-Les « artisans » : un groupe protégé du burnout.

Les artisans ont l'épuisement émotionnel le plus bas ($M=22.45$). Ils ne diffèrent pas significativement des activistes ($M=23.20$). En revanche leur score est différent de celui des égoïstes ($M=25.71$), $t(310)=2.64$, $p<.008$ et des carriéristes ($M=26.30$), $t(203)=1.82$, $p<.068$. Corrélativement, ce sont ceux qui dépersonnalisent moins leurs clients ($M=7.52$). Cette moyenne, très proche de celle des activistes ($M=7.65$) est nettement différente de celle des égoïstes ($M=10.81$) et de celle des carriéristes ($M=12.56$). Les t de Student sont : $t(306)=4.69$, $p<.000004$ et $t(199)=4.69$, $p<.000005$, respectivement.

Quant à l'accomplissement personnel, il est supérieur à celui des égoïstes, qui ont le plus bas score sur cette variable, ($M=35.54$ et 33.46 , $t(304)=2.49$, $p<.013$), et il ne diffère pas de celui des activistes et des carriéristes. Il est même légèrement inférieur.

-Les « activistes » : un burnout faible avec un accomplissement personnel élevé.

Les activistes sont eux aussi protégés du burnout. Leur épuisement émotionnel bas ($M=23.20$) ne diffère pas de celui des artisans ($M=22.45$). Il tend à être plus bas que celui des égoïstes et des carriéristes, même si les différences de moyennes ne sont pas significatives. ($M=25.71$ et 26.71 , respectivement).

Leur score de dépersonnalisation est également particulièrement bas ($M=7.65$), quasi identique à celui des artisans ($M=7.52$), mais significativement plus bas que celui des égoïstes et des artisans. ($M=10.81$ et 12.56), $t(193)=2.96$, $p<.003$ et $t(86)=3.47$, $p<.0008$.

Enfin, c'est le groupe à l'accomplissement personnel le plus élevé ($M=36.18$), même si la seule différence significative s'observe avec les égoïstes ($M=33.46$, $t(193)=2.35$, $p<.02$).

-Les « carriéristes » : les plus stressés.

De leur côté, les carriéristes sont les médecins les plus stressés : c'est chez eux que le score d'épuisement émotionnel est le plus élevé ($M=26.30$). Certes ce score n'est pas significativement différent de celui des égoïstes ($M=25.71$), ni de celui des activistes ($M=23.2$). Mais il s'écarte de celui des artisans ($M=22.45$, (cf plus haut pour le t de Student).

On observe parallèlement que c'est chez eux que la dépersonnalisation est la plus élevée ($M=12.56$). Ce score tend à s'écarter de celui des égoïstes ($M=10.81$, $t(171)=1.43$, $p<.15$). Il est significativement supérieur à celui des activistes ($M=7.65$) et des artisans ($M=7.52$). $t(86)=3.47$ $p<.0008$ et $t(199)=4.69$, $p<.000005$, respectivement.

En revanche, leur score d'accomplissement personnel ($M=35.78$) est « plutôt bon » se situant entre celui des activistes ($M=36.18$) et celui des artisans ($M=35.54$). Il tend seulement à être supérieur à celui des égoïstes ($p<.09$).

-Les « égoïstes » : les moins accomplis.

Enfin, il apparaît que le retrait sur la sphère privée, c'est à dire l'orientation égoïste ne soit pas la meilleure stratégie pour se prémunir du burnout. En effet, dans ce groupe, qui compte 35.5% des médecins, on note un fort épuisement émotionnel, une dépersonnalisation élevée, et le plus faible accomplissement personnel. (Cf les autres orientations pour les détails statistiques).

Il faut insister sur ce résultat. Nous avons observé une large tendance à se replier sur l'orientation égoïste. Mais plutôt qu'un choix motivé par la recherche d'un mieux être, il semble qu'il s'agisse plutôt d'une sorte d'option par défaut. Elle guette, comme nous l'avons vu plus haut, de plus en plus les jeunes médecins.

5.11.Changement d'orientation et burnout.

Nous avons vu que les médecins changeaient, pour beaucoup, d'orientation de carrière. En fait, 64% ont changé. Sans doute de tels changements traduisent-ils pour le moins une réorientation des aspirations initiales. Un médecin fait le commentaire suivant :

« Médecin généraliste, le plus beau des métiers à 30 ans, la gloire éventuelle à 40 ans, l'épuisement à 50 ans, l'effondrement à 60 ans. Et, en sus, vous n'avez pas vu votre vie défiler. Vous n'avez fait que côtoyer votre famille. En un mot un rêve de jeunesse qui ne mène nulle part »

Les changements d'orientation sont certainement l'indicateur d'un malaise identitaire. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons réalisé une analyse de variance avec le burnout comme variable dépendante et le changement comme variable indépendante.

L'analyse montre que le changement d'identité est effectivement associé au burnout. Ceux qui ont changé ont un épuisement plus important ($M= 25.78$ vs. 20.86 , $F(1, 398) = 19.34$, $p<.00002$). Ils dépersonnalisent davantage leurs clients ($M= 10.24$ vs. 7.12 , $F(1, 394) = 22.55$, $p<.000003$). Enfin, leur accomplissement personnel est moindre ($M= 34.49$ vs. 35.68) même s'il ne s'agit que d'une tendance ($p<.12$). Le burnout des médecins libéraux est donc bien associé à une recomposition identitaire au travail.

Ces résultats révèlent bien que le contenu concret de l'activité des médecins n'a plus un attrait suffisamment reconstituant pour l'identité professionnelle. Les médecins ne savent plus très bien qui ils sont.

Parallèlement, on pourra noter que peut-être (mais ceci dépasse les objectifs de cette étude) cette crise identitaire dévoile des tensions qui traversent la profession. Bien des commentaires sont très critiques, implicitement, vis à vis du repli égoïste. Nous en avons donné quelques exemples plus haut. En voici encore deux :

« Surtout usé, désabusé par le mépris envers les « médecins de bonne volonté », en conflit à la fois avec des patients égoïstes et ingrats, un système SECU qui veut « bouffer du médecin » et des confrères arrivistes qui ont depuis longtemps exploités les avantages douteux d'un système social d'assurance maladie qu'ils critiquent par ailleurs (égoïste/égoïste) »

« Il est grand temps de réapprendre la sémiologie pure afin d'entrer au contact des malades, de ne pas avoir peur des responsabilités et de savoir les assumer . S'est-on posé les questions qui font que les jeunes délaissent la médecine rurale, enfin la vraie médecine diversifiée ».

Bien entendu, comme pour toutes les autres analyses de cette recherche, nos données sont transversales. Nous ne pouvons, en toute rigueur, présumer du sens de la causalité. Le burnout amène t-il une modification de l'orientation de carrière ? Une modification de l'orientation de carrière est-elle liée à des phénomènes qui engendrent du burnout ? Il nous faudrait des données longitudinales pour pouvoir trancher. Mais quoi qu'il en soit nous sommes assurés

qu'une crise identitaire liée au burnout frappe une grande partie des médecins libéraux, généralistes et spécialistes.

En résumé :

-A l'entrée dans la profession, deux orientations dominent : l'artisan et l'activiste.

-Après quelques années d'exercice, les égoïstes sont de plus en plus nombreux. Cette orientation gagne du terrain chez les plus jeunes. Mais cette orientation est le signe d'un mal être psychologique.

-Les orientations de carrière sont liées au burnout.

6. BURNOUT, PRISE DE DECISION ET EVALUATION DU PATIENT

Nota : le travail sur lequel est basé ce chapitre a été réalisé avec Delphine Bantégnie et Nathalie Roncari.

6.1. Burnout et prises de décision.

Diagnostic et prises de décision sont au cœur de la relation médecin / patient. Ces actes font tellement partie du travail quotidien qu'ils semblent « aller de soi ». Toutefois, par delà les compétences qui guident l'action, peut-on imaginer que l'usure professionnelle vienne interférer sur les prises de décisions des médecins libéraux ? Comme nous le disions en introduction, nous avons scruté la littérature internationale afin de recenser d'éventuels travaux portant sur le lien burnout / prise de décision. Nous n'avons trouvé qu'une seule étude sur le sujet. Pourtant, une telle hypothèse, iconoclaste, mérite d'être posée.

En effet, on peut supposer, sans spéculation excessive que:

- 1) le stress, indissociable de l'épuisement émotionnel, amènera à un blocage exploratoire. L'individu stressé scrutera moins les informations potentiellement disponibles.
- 2) la dépersonnalisation, liée à un manque d'intérêt pour autrui, pourra freiner la recherche de solutions coûteuses.
- 3) la baisse du sentiment d'auto-efficacité, inhérente à la réduction de l'accomplissement personnel amènera à choisir les solutions les plus simples.

Il est donc probable qu'en cas de burnout élevé, les médecins prennent des décisions moins coûteuses, en temps ou en énergie. A l'appui de ce raisonnement, on peut encore évoquer la recherche menée en Bourgogne. Nous avons constaté qu'une des causes du burnout des médecins est le profond sentiment d'inéquité qu'ils ressentent dans leurs relations avec les patients. Plus précisément nombre d'entre eux perçoivent un déséquilibre désavantageux entre d'une part ce qu'ils investissent et reçoivent et d'autre part ce que les patients investissent et reçoivent. Or on sait qu'une façon de restaurer l'inéquité est de diminuer ses investissements et/ou les bénéfices d'autrui. Par conséquent, le burnout pourrait amener à prendre des décisions supposant un moindre coût, un moindre investissement. Mais des décisions pas forcément les meilleurs pour les patients...

Parallèlement, et pour l'ensemble des raisons évoquées ci-dessus, on peut encore supposer 1) Que le burnout amènera à une évaluation négative du patient. 2) Que ces effets seront d'autant plus accentués que la décision concerne un patient jugé non-compliant.

6.2. Compliance et évaluation sociale du patient.

Le terme de compliance (ou observance) est apparu en 1975 pour remplacer l'expression « fuite du patient ». Il fait référence au degré selon lequel le patient suit les prescriptions médicales. D'après Tarquinio, Fischer & Grégoire (2001), c'est la confiance accordée au médecin, à son savoir et à son statut qui conduit les patients à être compliants. La compliance renvoie évidemment à l'implication du patient dans la relation thérapeutique et à son apport personnel aux soins, en particulier le suivi du traitement prescrit.

Le non-respect des traitements prescrits (non-compliance) est un problème majeur de ces trois dernières décennies. Il est actuellement démontré que l'état de santé d'un individu, ou d'une population, est en partie influencé par ses propres comportements de santé. Et, selon Libion, Malice & Deccache (1996), le taux de non compliance varie en fonction des situations et des problèmes de santé.

Il est probable qu'un patient non compliant suscite un moindre engagement, et qu'il soit évalué négativement. Dans une certaine mesure, toute relation d'aide implique une interdépendance entre l'aidant et le bénéficiaire. Comme le note Wills (1978, pp.986), « dans bien des contextes, une relation d'aide est essentiellement une relation d'influence, puisque l'aidant tente d'influencer le client pour qu'il s'engage dans certains types d'action (qu'il juge bénéfique) ». C'est pourquoi, parmi d'autres caractéristiques, les bénéficiaires « positifs » sont décrits comme « dociles », coopérants, et amicaux. Mais si les clients sont peu coopératifs, ils sont perçus négativement. Dans ce cas, la relation deviendra conflictuelle.

De fait, plusieurs types de résultats empiriques indiquent que les professionnels de l'aide éprouvent de l'irritation face aux clients qui résistent à l'influence. Wills (1978) a recensé l'ensemble des recherches consacrées à la perception des clients par les professionnels de l'aide. Il conclut que trois facteurs apparaissent constamment au fil des recherches :

- le premier facteur qu'il nomme « maniabilité » (*manageability*) traduit la façon dont un client est perçu comme plus ou moins résistant, peu motivé, agressif, etc.)
- le second facteur, « traitabilité » (*treatability*), renvoie aux questions suivantes : est-ce que le client bénéficiera de l'aide ? Est-il réceptif aux efforts de l'aidant ?
- le troisième facteur, « sympathie » ou « attractivité » (*likability or attractiveness*), reflète l'appréciation de la relation avec le client : celle-ci sera-t-elle agréable socialement ?

Fort de ces résultats, nous faisons l'hypothèse que non seulement le degré de burnout et la non-compliance amèneront à prendre, toutes autres choses égales par ailleurs, des décisions moins coûteuses, mais provoqueront une évaluation sociale négative du patient.

6.3. La méthode.

Pour tester l'effet du burnout et de la compliance sur la prise de décision, nous avons demandé aux médecins de réagir à un cas de malade.

D'un point de vue méthodologique, il était difficile de présenter le même cas de malade aux généralistes et aux spécialistes. Nous avons donc cherché à construire un cas de patient pertinent pour les médecins généralistes et un cas de patient pertinent pour les spécialistes. Malheureusement, pour les spécialistes, dresser le portrait d'un patient qui « s'adapte » à l'ensemble des praticiens et donc des spécialités est apparu particulièrement compliqué. Le cas présenté était trop vague et les réactions des participants ne permettent pas une analyse statistique fiable. En revanche, pour les généralistes, et après différentes discussions et réunions, nous nous sommes arrêtés au cas suivant :

Il s'agissait « d'une personne âgée de 83 ans, Me Irène P. qui vit seule chez elle depuis le décès de son mari il y a 7 ans. Ses deux enfants Alain et Martine sont mariés et parents. Malgré la distance les séparant de leur mère, ils lui rendent visite à l'occasion des fêtes et des vacances d'été. ».

Les participants de cette étude apprenaient encore que :

« Il y a quelques semaines, Me Irène P. chute dans son salon et ne peut se relever. Une amie venue lui rendre visite prévient aussitôt les secours. Elle est alors hospitalisée pour une fracture du col du fémur qui la rend dépendante pour plusieurs mois. A sa sortie, sa fille Martine tient à être présente lors de la visite à domicile du médecin généraliste afin de trouver la solution la plus adaptée dans l'immédiat mais également pour les années à venir. (etc.). ».

Pour opérationnaliser la variable « compliance » nous avons continué ce portrait avec deux fins différentes. Soit la patiente était compliant, auquel cas, les participants lisaient que Me P. est agréable (« ne se plaint pas facilement ») et « suit son traitement de façon assidue ». Soit la patiente est non compliant, elle est difficile (« multiplie les examens persuadée d'être atteinte d'un cancer ») et « ne suit pas son traitement assidûment ». Nous avons réalisé un prétest auprès de 32 médecins pour nous assurer de la bonne opérationnalisation de la compliance.

Un médecin généraliste sur deux a reçu un questionnaire avec le cas de la patiente « compliant » et un sur deux un questionnaire avec le cas de la patiente « non compliant ». Les analyses statistiques montrent que ceux qui ont répondu au cas de la patiente « compliant » ne diffèrent pas de ceux qui ont répondu au cas de la patiente « non compliant » du point de vue de l'âge, du sexe, du lieu d'exercice, etc. Autrement dit, si l'on s'en tient aux variables contrôlées dans cette recherche, il n'y a pas de différence entre les participants qui ont réagi à la patiente « compliant » et à ceux qui ont réagi à la patiente « non compliant ». Les différences d'appréciation ne pourront donc pas être liées à un biais d'échantillonnage.

L'exposé du cas de Me Irène P était suivi des instructions suivantes :

« Voici différentes décisions que vous pouvez prendre concernant Me Irène P.

Vu votre état de fatigue actuelle, vos disponibilités, etc., et **sans tenir compte** des possibilités (ou impossibilités) que vous offre votre environnement de travail (présence d'une maison de retraite, etc.,) merci d'indiquer, pour chaque solution, dans quelle mesure vous la choisiriez ».

Suivaient alors les 10 solutions suivantes, établies après discussions avec des généralistes :
-Maison de retraite ; -Aide à domicile ; -Hébergement temporaire ; -Soins à domicile ; - Placement en famille d'accueil ; -Foyer logement ; -Placement d'office ; -Placement à la demande d'un tiers ; -Placement en moyen séjour ; -Placement en long séjour.

Chacune de ces décisions était suivie d'une échelle en 8 points :

Choix peu probable /_/_/_/_/_/_/_/_/ Choix très probable

Autrement dit, les médecins n'avaient à faire un choix parmi dix, mais à indiquer, pour chaque décision, dans quelle mesure ils l'adopteraient.

Parallèlement, nous avons procédé à différents tests destinés à évaluer « le coût », c'est à dire l'investissement, en temps, en énergie, de chaque solution/prise de décision. Ces tests ont mis à contribution 36 médecins généralistes. Les résultats nous ont amené à classer les décisions selon quatre catégories :

- 1. Deux solutions très coûteuses : aide à domicile ; soins à domicile.
- 2. Une solution coûteuse : famille d'accueil.

-3. Quatre solutions peu coûteuses : hébergement temporaire ; foyer logement ; placement en moyen-séjour ; placement à la demande d'un tiers.

-4. Trois solutions traduisant un désinvestissement : placement d'office ; placement en long séjour ; placement en maison de retraite.

Enfin, nous demandions encore aux participants de cocher, sur une liste de 34 caractéristiques, celles qui décrivaient le mieux Me Irène P. Ces caractéristiques étaient connotées positivement : « agréable », « coopérative », « sympathique », etc., ou négativement : « compliquée », « exigeante », « hypocondriaque », etc.. Elles ont été choisies après une pré-enquête auprès de 11 médecins généralistes.

6.4. Influence de l'épuisement émotionnel sur les prises de décision.

Examinons d'abord l'influence du burnout sur les prises de décisions. Après avoir séparé les médecins généralistes en deux groupes selon que leur score d'épuisement émotionnel est supérieur ou inférieur à la médiane, nous avons testé l'influence de cette variable sur les prises de décision. Notre hypothèse est globalement vérifiée, c'est à dire pour 8 des 10 solutions proposées.

A la lecture du tableau suivant, on constate qu'à quelques exceptions près, dans les deux groupes (les plus et les moins atteints par l'épuisement émotionnel) l'ordre des décisions est le même. Par exemple, le choix se porte d'abord sur l'aide à domicile. Mais, en moyenne, et comparativement à ceux qui ont un épuisement émotionnel faible, les médecins qui ont un niveau élevé d'épuisement émotionnel choisissent significativement moins les solutions très coûteuses (aide à domicile, soins à domicile) et davantage les solutions peu coûteuses (moyen-séjour, foyer logement, placement à la demande d'un tiers) ou qui traduisent un désinvestissement (maison de retraite, long-séjour, placement d'office).

L'épuisement émotionnel modifie donc les décisions prises. Toutefois nous n'observons pas d'effet principal des deux autres dimensions du burnout.

	EE+	EE-	F	p
Soins à domicile +	4.57	5.78	F(1, 231) = 17.99	<.00003
Aides à domicile +	6.23	6.92	F(1, 231) = 7.66	<.006
Moyen-séjour -	3.78	3.13	F(1,230) = 4.8	<.03
Maison de retraite --	4.82	4.03	F(1,231) = 6.02	<.015
Long-séjour --	2.78	2.26	F(1,231) = 3.82	<.052
Foyer-logement -	3.15	2.64	F(1,230) = 3.44	<.06
Placement d'office --	1.16	1.06	F(1, 231) = 2.49	<.11
Placement à la demande d'un tiers -	1.15	1.06	F(1,231)= 2.47	<.12

Tableau 6.1: Choix des solutions en fonction de l'épuisement émotionnel.

6.5. Burnout et traits attribués.

On notera encore que le burnout a un effet sur l'évaluation de la patiente. En effet, en moyenne, les médecins attribuent plus de traits ($M=7.59$) quand ils ont un faible degré d'épuisement émotionnel vs. un degré élevé ($M=4.88$). ($F(1, 210)= 5.59, p<.019$). En d'autres termes, tout se passe comme si, non seulement l'épuisement émotionnel amenait le médecin à choisir les solutions les moins coûteuses, mais qu'en plus il bloquait le nombre de caractéristiques attribuées. Ceci est de toute évidence le signe qu'en situation d'épuisement élevé, les médecins ont une vision plus stéréotypée, plus catégorisante de leurs patients.

En revanche, nous n'observons aucun effet des dimensions « dépersonnalisation » et « accomplissement personnel » sur le nombre de traits attribués.

6.6. Compliance et prise de décision.

Examinons maintenant l'effet principal de la compliance sur les prises de décisions. On constate que pour 6 des 10 décisions possibles, les différences sont significatives. Elles vont dans le sens de l'hypothèse. En effet, les solutions qui demandent un investissement plus important (soins à domicile et aide à domicile) sont significativement plus choisies lorsque la patiente est compliant (On trouvera les moyennes et le F au tableau ci-dessous).

Le moindre investissement du médecin pour les patients non-compliants met à jour l'importance de la qualité de la relation avec le patient sur la prise en charge médicale.

	NC	C	F	p
Soins à domicile +	4.39	5.93	$F(1, 231) = 30.80$	$<.00000$
Aides à domicile +	6.29	6.83	$F(1, 231) = 4.63$	$<.03$
Maison de retraite --	4.97	3.89	$F(1,231) = 11.51$	$<.0008$
Placement à la demande d'un tiers -	1.16	1.06	$F(1,231) = 2.77$	$<.09$
Famille d'accueil	1.91	2.30	$F(1,232) = 2.97$	$<.08$

Tableau 6.2: Influence de la compliance sur les prises de décision.

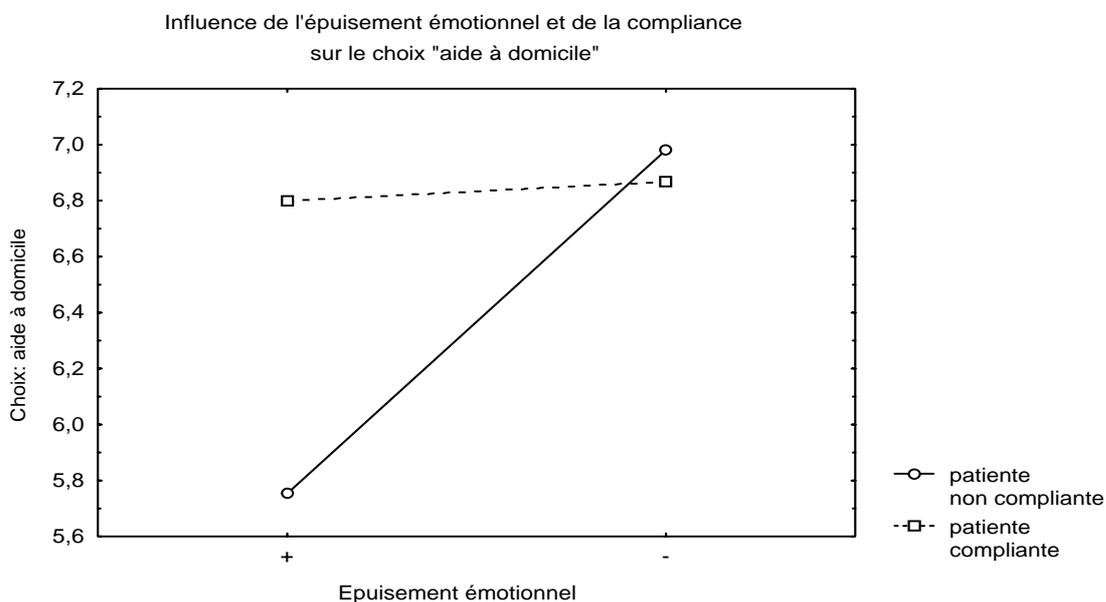
6.7 Compliance et traits attribués.

Les analyses ne montrent pas d'influence de la variable compliance sur le nombre de traits attribués. En revanche, elles nous apprennent que lorsque le patient est non compliant, il se voit attribuer plus de traits négatifs (68.6%) que lorsqu'il est compliant (16.6%). ($F(1, 228)= 242.9, p<.0000$)

6.8 L'interaction entre burnout et compliance sur les prises de décisions.

-Aide à domicile :

L'analyse de variance montre une interaction significative entre burnout et compliance ($F(1, 229) = 5.58, p < .02$). Plus précisément, on observe (Cf graphique suivant) que lorsque la patiente est *compliant*e, alors, la décision « aide à domicile » est aussi choisie quel que soit le degré d'épuisement. Quand la patiente est *non-compliant*e, cette décision attire toujours autant les médecins s'ils ont un faible degré d'épuisement émotionnel. Mais s'ils ont un degré élevé d'épuisement, alors, les médecins optent moins pour l'aide à domicile.

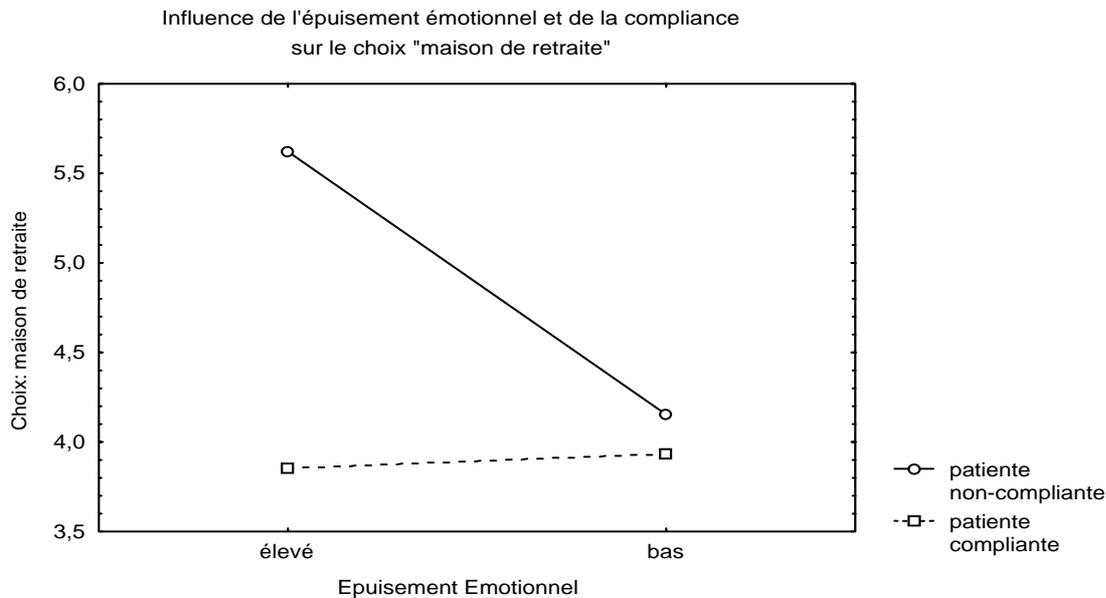


On observe le même type d'interaction pour le choix « soin à domicile ». $F(1, 229) = 8.10, p < .005$.

En d'autres termes, le choix des solutions coûteuses dépend de deux facteurs : l'épuisement émotionnel et la compliance du patient. Sachant qu'une large proportion de médecins ont un degré élevé d'épuisement émotionnel et que beaucoup se plaignent des attitudes des patients, ce résultat, outre son impact théorique majeur a des répercussions pratiques évidentes. Il montre que la crise qui touche la pratique médicale dépasse le bien être psychologique et/ou physique des médecins pour atteindre et détériorer non seulement la relation avec les patients, mais éventuellement la qualité des soins.

-Maison de retraite :

On observe une interaction significative entre épuisement émotionnel et compliance ($F(1, 229) = 6.12, p < .02$). Comme on peut le constater au graphique suivant, lorsque la patiente est compliant, le choix « maison de retraite » ne varie pas en fonction du degré d'épuisement. En revanche, quand la patiente est non-compliant, on constate que cette décision attire beaucoup plus les médecins s'ils sont épuisés (mais non s'ils le sont peu).



On observe le même type d'interaction, significative, pour les choix « long séjour », « moyen séjour », « placement en foyer logement » « hébergement temporaire ».

Toutefois, les analyses statistiques ne révèlent aucun effet d'interaction pour les variables « placement d'office », « placement à la demande d'un tiers » « placement en famille d'accueil ».

6.9. L'interaction entre burnout et compliance sur les traits attribués.

Nous n'observons pas d'interaction entre burnout et compliance sur les traits attribués.

En résumé :

L'ensemble de ces résultats converge vers un fait essentiel : le burnout des médecins libéraux (ici les généralistes) influe sur leurs prises de décision. L'épuisement émotionnel, la première dimension du burnout, les amène à prendre des décisions moins coûteuses. En outre, la compliance du patient joue également un rôle décisif.

Nous sommes devant des résultats particulièrement novateurs : c'est la première fois qu'une telle étude est réalisée.

DISCUSSION.

Le burnout des médecins libéraux est un fait maintenant bien établi. Grâce à cette étude, et ce n'est pas un de ses moindres mérites, nous avons confirmé les résultats obtenus en Bourgogne en juin 2000. Bien sûr la région Champagne-Ardenne offre des spécificités qui rendent difficile la comparaison avec la Bourgogne. Mais dans tous les cas, ce qui frappe, c'est une grande usure et des attitudes négatives envers les clients. Certes, il faut nuancer ces résultats : n'oublions pas que l'accomplissement personnel se maintient à un bon niveau. En outre, le burnout n'atteint pas tous les médecins. Comme l'écrit un des participants : « Je me lève le matin en me disant que je fais le plus beau métier du monde ». Et un autre, qui a pourtant une charge de travail élevée : « Samedi soir, 21h, la semaine se termine ! Je n'ai pas de courrier en retard à faire demain, je ne suis pas de garde. Je suis fatigué mais encore amoureux de mon métier et j'ai 24h de liberté devant moi. Vite, mon vélo, ma femme, mes gosses ! ».

Le burnout n'est pas réparti également dans la population des médecins. Si des différences sont liées à certaines variables socio-démographiques (sexe notamment), nous avons observé que le lieu d'exercice contribue à créer des différences. De fait, en région Champagne-Ardenne, ceux qui exercent en milieu rural sont davantage atteints par le burnout que leurs confrères du milieu urbain.

Quoi qu'il en soit, il est patent que quelque chose va mal dans l'exercice de la médecine. Si la charge de travail est très lourde, elle n'explique qu'une partie de l'usure. C'est dans d'autres directions qu'il nous faut regarder pour trouver les causes du burnout. En fait, c'est certainement le contenu de l'activité qui pose problème. Face à son patient, le médecin ne sait plus très bien à quel personnage s'identifier, n'a plus de référentiel de compétence bien établi, ni de statut social bien défini.

Ces deux témoignages illustrent notre propos :

« Les pressions administratives, informatiques ainsi que les demandes de la part des patients concernant le social font que le médecin ne peut plus exercer correctement sa fonction de soignant »

« Me D me téléphone car elle est très fatiguée et n'arrive pas à se reposer depuis quelques jours. Longs entretiens dans le cabinet à des horaires qui l'arrangent. Conseils de repos et prise d'un somnifère. A bien dormi cette nuit, me le confirme par téléphone. Ce matin, je lui renouvelle le conseil de se reposer sur ces 3 jours (VSD).

M'appelle cet après-midi. Elle est tellement anxieuse qu'elle souhaite bénéficier de l'avis d'un autre médecin généraliste car elle pense avoir peut-être autre chose.

Impression que ma profession est dans une impasse ».

L'identité professionnelle des médecins libéraux, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, est l'un des signes du malaise de la profession. Il est vrai que nous sommes ici face à un mouvement social plus général. Le repli sur la sphère privée qui accompagne l'individualisme grandissant est un phénomène qui touche les sociétés occidentales. Mais lorsqu'il s'agit de professions spécifiquement « tournées vers autrui », ce recul du modèle « militant » au modèle « égoïste » traduit certainement une atteinte identitaire plus grave.

Corrolairement, une des avancées majeures de cette recherche porte sur l'impact du burnout sur les prises de décision. Les médecins souffrant d'un épuisement émotionnel élevé prennent des décisions moins coûteuses, ou si l'on préfère, choisissent moins les décisions coûteuses et plus les décisions peu coûteuses. Ces résultats devraient aussi alimenter une réflexion sur la relation médecins/patients. Rappelons aussi que c'est la première fois qu'une telle recherche est réalisée.

Que faire face au burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne ?

Les causes du burnout sont diverses. Les médecins libéraux n'échappent pas à cette règle. Et nous ne prétendons pas avoir démêler l'écheveau de toutes ses causes.

Cette recherche n'était pas destinée à proposer des solutions pour remédier au burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Mais les données recueillies nous amènent à suggérer trois pistes de réflexion en vue de mener des actions de prévention et de remédiation :

-Une réflexion sur le contenu de l'exercice de la médecine et sur la relation médecin/patient.

-Une réflexion sur la formation des médecins.

-Enfin, si prévenir le burnout est une tâche importante, pour certains praticiens, le mal est déjà bien installé. Ces propos en sont un exemple :

« Je me sens débordé par la moindre sollicitation un tant soit peu inhabituelle.

Je vais travailler le matin avec appréhension, je reste tendu toute la journée, il me faut une heure le soir pour devenir agréable et disponible.

Je réduis sensiblement ma quantité de travail, mais cela ne semble pas compenser la tension qu'exige celui-ci.

Je ne consomme malgré tout aucun traitement thymoanaleptique.

Merci de nous permettre de nous exprimer sur le sujet »

« P. S. Je n'ai jamais pu consulter de confrère parce que je les connais tous trop bien et que je ne tiens pas à voir mon nom circuler dans la CPAM de mon département. En Grande Bretagne, une expérience a été tentée : on a inscrit les médecins dans une caisse d'un autre département. Dès lors, ils ont commencé à prendre soin d'eux mêmes. »

Il serait pertinent d'offrir à ces médecins un moyen de faire face à leur situation.

BIBLIOGRAPHIE :

Burke, R.J., & Greenglass, E. R. (1988). Career orientations and psychological burnout among teachers. *Psychological Reports*, *63*, 107-116.

Burke, R.J., Shearer, J., & Deszca. (1984). Burnout among men and women in the police work: An examination of the Cherniss model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, *7*, 162-188.

Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in the Human Service Organizations*. New York: Praeger.

Cordes, C.L., & Dougherty, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, *18*, 621-656.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, *30*, 159-165.

Hobbs, F.D.(1994). Fear of aggression at work among general practitioners who have suffered a previous episode of aggression. *British Journal of General Practice*, *44*, 390-394.

Humphrey, J.H. (1998). *Job Stress*. Needman Heights, MA: Allyn & Bacon.

Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implication for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, *24*, 285-308.

Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job Decision Latitude, Job Demands and Cardiovascular Disease. *American Journal of Public Health*, *71*, 694-705.

Lazarus, R.S, & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer.

Libion, F., Malice, A., & Deccache, A. (1996). L'adhésion aux comportements prescrits de santé. *Education santé*, *105*, 3-6.

Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behavior*, *5*, 16-22.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd Edn. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Minter, S. G. (1999). Too much stress? *Occupational Hazards*, *61*, 49-52.

Ogus, E.D., Greenglass, E.R., & Burke, R.J. (1990). Gender-role differences, work stress and depersonalisation. *Journal of Social Behavior and Personality*, *5*, 387-398.

Tarquinio, C, & Fischer, G-N. (2001). Dimensions conceptuelles et facteurs psychosociaux de la compliance. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *49*, 15-32.

Truchot, D. (2001). Le burnout des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims, Département de Psychologie.

Wills, T.A. (1978). Perceptions of clients by professional helpers. *Psychological Bulletin*, 85, 968-1000.