

2020-2021

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Santé mentale des médecins généralistes ambulatoires en France : Revue systématique de la littérature de 2009 à 2019

Mme RABOUILLE Anne

Née le 06/11/1992 à Amiens (80)

Mme CORNEE Sarah

Née le 25/02/1992 à Rennes (35)

Sous la direction du Dr De MAYNARD Hugues

Membres du jury

Madame le Professeur DE CASABIANCA Catherine | Président

Monsieur le Docteur DE MAYNARD Hugues | Directeur

Madame Le Docteur CAVELAN Claire | Codirecteur

Monsieur le Docteur BEGUE Cyril | Membre

Soutenue publiquement le :
15 Octobre 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) CORNEE Sarah
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **15/09/2021**

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) RABOUILLE Anne
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **15/09/2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine

GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine

ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine

KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Thérapeutique	
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Hématologie ; transfusion	Médecine
VENARA Aurélien	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chirurgie générale	Médecine
	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

Mise à jour au 09/12/2019

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Catherine DE CASABIANCA, pour nous faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de nos plus sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Cyril BEGUE, pour nous faire l'honneur de juger ce travail, soyez assuré de notre sincère respect.

A Monsieur Le Docteur Hugues DE MAYNARD, pour avoir accepté de diriger cette thèse, et pour ton soutien et tes nombreux encouragements qui nous ont été très précieux.

A Madame le Docteur Claire CAVELAN, pour ton aide inestimable, le temps consacré à notre travail, à ton soutien et tes conseils toujours avisés, ton accompagnement sans faille.

REMERCIEMENTS SARAH

A Anne, sans qui cette thèse n'aurait pu aboutir. A ton soutien, ta détermination et surtout ta joie de vivre. A notre rencontre autour d'une étrange conversation astrologique. A notre colocation renforçant cette amitié. A nos weekend thèse et soirées thèse-hénné. A nos fous rires, et nos délires. A notre amitié qui sera longue et sincère. A toi, à qui je souhaite énormément de bonheur, de réussite, d'épanouissement.

A Valentin, pour ton amour et ton soutien, ta compréhension tout au long de cette aventure. Pour avoir été là dans les moments difficiles comme dans les moments heureux. A toi sans qui mon monde ne tournerait pas rond. A nos projets. A notre bonheur présent et à venir.

A mes parents, pour avoir cru en moi, pour leurs encouragements tout au long de ces longues années d'études. Pour leur affection et leur soutien indéfectible.

A mes frères et toute ma famille pour leur soutien et leurs encouragements.

A ma belle-famille, pour leur affection et à Cassandre pour ton aide précieuse.

A mes colocataires de Laval, Anne, Charlotte et Margot. A votre réconfort dans les moments de galère et à nos rires, nos soirées, nos confidences, nos bêtises !

Aux malouines, Melody, Astrid, Anaëlle, et Maëlle pour notre amitié ancienne et forte, que même les obstacles ne peuvent briser. A vous qui me soutenez depuis tant d'années et qui avez amené tant de joie dans ma vie. A notre Alwenn partie trop tôt.

A Briac et Pierre Etienne pour votre amitié, votre bonne humeur, et nos nombreux souvenirs heureux.

A tous mes amis, collègues pour votre soutien et votre affection, et à Vador.

REMERCIEMENTS ANNE

A Sarah Cornée, ma co-thésarde et surtout amie, merci d'avoir accepté de te lancer dans cette aventure avec moi. Je n'aurais pas pu imaginer meilleur binôme pour concrétiser ce moment important de ma vie. Tu fais partie de mes plus belles rencontres et c'est le début d'une très longue amitié.

A mes maîtres de stage en médecine générale, merci de m'avoir fait découvrir le métier de la plus belle manière qui soit. Un remerciement tout particulier au Dr Berge, grâce à qui j'ai commencé ma vie professionnelle dans les meilleures conditions.

A Benoît Faivre, mon amoureux, merci d'avoir rendu ma vie plus belle. Les mots me manquent pour te dire à quel point je t'aime.

A mes parents, merci d'avoir toujours cru en moi et soutenu quelles que soient les épreuves. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous.

A mon frère Clément que j'aime, merci d'être là pour moi. Je suis fière de toi.

A Julie Tisserand et Katie Ryan, merci pour tous ces moments partagés ensemble, votre amitié m'est précieuse et j'ai beaucoup de chance de vous avoir.

A Auryane L'haridon et Amandine Coutret, mes amies depuis le lycée. On a bien grandi depuis cette époque mais notre complicité est intacte et je suis toujours aussi heureuse de vous retrouver.

A Charlotte Monnier et Margot Blanchard, notre colocation fait partie de mes meilleurs souvenirs d'internat de médecine, vous êtes des filles en or.

A Claire De La Morinière, merci d'avoir partagé un petit bout de vie Mancelle avec moi.

A Pito, ma petite boule de poils, merci de m'avoir accompagnée tout au long de mon travail de thèse avec tes ronronnements.

Liste des abréviations

AAPMS	Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CISMEF	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
COREQ	Consolidated Criteria For REporting Qualitative research
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FMC	Formations Médicales Continues
HAS	Haute Autorité de Santé
ISNAR	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNI	InterSyndicale Nationale des Internes
MEP	Mode d'Exercice Particulier
MG	Médecins Généralistes
MSP	Maisons de Santé Pluridisciplinaires
MT	Médecins Traitants
NPDC	Nord Pas de Calais
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PRISMA-P	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses-Protocoles
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SPS	Soins aux Professionnels de la Santé
STROBE	STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology
SUDOC	Système Universitaire de Documentation
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Stratégie de recherche**
- 2. Sélection des études**
- 3. Score de concordance**
- 3. Analyse des données**

RÉSULTATS

- 1. Sélection des références**
- 2. Evaluation du degré d'accord entre les lectrices**
- 3. Description des études**
- 4. Approfondissement de la bibliographie**
- 5. Score de qualité des études**
- 6. Santé mentale des médecins généralistes**

6.1. Perception de la santé des médecins généralistes

6.2. Evaluation et conséquences de la souffrance psychologique

6.2.1. Souffrance psychologique chez les médecins généralistes

6.2.2. Souffrance psychologique et "Burn-out"

6.2.3. Prise en charge médicamenteuse et psychothérapie

6.3. Evaluation des addictions au travers du tabac et de l'alcool

6.3.1. Consommation de tabac

6.3.2. Consommation d'alcool

6.3.3. Lien entre consommation de tabac et d'alcool et burn-out

7. Facteurs influençant la santé mentale

7.1 Facteurs de risques

7.1.1. Temps de travail

7.1.2. Charge de travail administrative

7.1.3. Diversité des emplois du temps

7.1.4. Mode d'exercice

7.1.5. Lieu d'exercice

7.1.6. Disparités selon âge et sexe

7.1.7. Equilibre entre vie professionnelle / vie personnelle

7.1.8. Exigence de la patientèle et image sociétale

7.1.9. Difficultés d'acceptation de l'arrêt de travail

7.2. Facteurs protecteurs

7.2.1. Mode d'exercice

7.2.2. Diversité de l'activité

7.2.3. Personnalité et hygiène de vie

7.2.4. Organisation de l'activité professionnelle

7.2.5. Connaissance des systèmes d'aides existants

DISCUSSION ET CONCLUSION

Points forts de l'étude

Points faibles de l'étude

Equation de recherche

Sélection des études

Années des études

Analyse des résultats

Perspectives

Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Santé mentale des médecins généralistes ambulatoires en France : revue systématique de la littérature de 2009 à 2019

CORNÉE Sarah et RABOUILLE Anne

La répartition du travail de thèse s'est faite de la manière suivante :

La liste des abréviations a été rédigée par Anne Rabouille, le plan, quant à lui, a été écrit par Sarah Cornée et Anne Rabouille. La répartition de travail entre les différents auteurs a été rédigée conjointement, de même que le résumé et l'introduction.

L'écrit de la partie méthodes a été divisé en deux par les lectrices : Anne Rabouille a rédigé la stratégie de recherche et la sélection des études et Sarah Cornée le score de concordance et l'analyse des données.

Il y a également eu un partage de travail pour la partie résultats. En effet, la sélection des références, le diagramme de flux Prisma-P et l'évaluation du degré d'accord entre les lectrices ont été écrits par Sarah Cornée. La description des études et le tableau d'extraction des données ont, quant à eux, été complétés par Anne Rabouille. L'approfondissement de la bibliographie avec le tableau 2 et la figure 2 ont été rédigés par Sarah Cornée et le score de qualité par Anne Rabouille.

Le paragraphe sur la santé mentale des médecins généralistes a été attribué à Sarah Cornée. Celui sur les facteurs de risque influençant la santé mentale a été rédigé par Anne Rabouille. Les facteurs protecteurs de la santé mentale ont été écrits à deux.

Anne Rabouille a complété les points forts de la partie discussion et Sarah Cornée les points faibles. L'analyse des résultats a été faite par les deux lectrices ainsi que la partie perspectives et conclusion. Sarah Cornée a complété la bibliographie et fait la mise en forme. Les annexes et scores de qualité ont été réalisés par les deux lectrices.

RESUME

Introduction : L'objectif de ce travail était de faire l'état des lieux de la santé mentale des médecins généralistes ambulatoires en France de 2009 à 2019. Les objectifs secondaires étaient de repérer les facteurs de risques et protecteurs de cette santé mentale.

Méthode : Une revue systématique de littérature a été réalisée, suivant la méthodologie PRISMA-P. Les bases de données PUBMED, CAIRN, COCHRANE, CISMEF, SUDOC, SCIENCE DIRECT, PSYCHARTICLES ont été explorées. La sélection des études et l'extraction des résultats ont été réalisées par deux chercheuses, de manière indépendante.

Résultats : La sélection a permis d'inclure 19 références. La sélection initiale retrouvait 10 études dont 6 qualitatives, 3 observationnelles et 1 revue de littérature. Une deuxième sélection à partir de la bibliographie de ces études a permis d'ajouter 9 articles. La synthèse des données a mis en évidence une souffrance psychologique et un burn-out répandus chez les médecins généralistes. Les consommations de tabac, d'alcool et de médicaments psychotropes étaient augmentées chez les médecins généralistes menacés par le burn-out. De nombreux facteurs de risque étaient retrouvés concernant la santé mentale comme le temps de travail, la charge administrative, la difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle, le mode d'exercice seul en cabinet, les exigences des patients. Il existait également des facteurs protecteurs comme le fait de travailler en groupe, d'avoir une activité diversifiée avec une participation aux formations ou aux groupes d'échanges de pratique, le soutien des proches.

Conclusion : Les médecins étaient nombreux à se déclarer en bonne ou très bonne santé mais cela restait inférieur aux déclarations des cadres ou des professions supérieures. La souffrance psychologique était répandue, mais elle semblait inférieure à celle déclarée en population générale, et la consommation de psychotropes semblait identique, sauf chez les hommes généralistes qui en consommaient plus. Ces constats étaient à temporiser devant une auto-déclaration en tant que médecin traitant et une auto-prescription répandues, pouvant sous-estimer ces déclarations. Devant un manque de données récentes, de nouvelles études centrées sur le médecin généraliste et sa santé mentale seraient à envisager.

Mots-clés : santé mentale, santé psychique, médecins généralistes.

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), " la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. La santé mentale est donc le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté" (1).

Une majorité de médecins généralistes affirmaient être satisfaits de leur exercice professionnel (75,8%) d'après une étude publiée en Novembre 2007 sur l'exercice de la médecine générale libérale (2). Cette proportion atteignait 81,9% de médecins généralistes satisfaits de leur exercice (dont 19,4% très satisfaits et 62,5% plutôt satisfaits) dans une autre étude réalisée en 2009 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Ce taux avait significativement augmenté depuis 2003, alors estimé à 78,1% ($p<0,01$). Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à annoncer être satisfaites par leur profession : 87,6% des femmes contre 79,5% chez leurs homologues masculins ($p<0,001$). Les médecins généralistes plus jeunes étaient également plus nombreux à exprimer ce sentiment : 91,3% chez les médecins âgés de 40 ans ou moins, 81,5% chez les 41-50 ans et 79,7% chez les plus de 50 ans ($p<0,001$) (3).

Pourtant, une reconversion professionnelle avait été envisagée par plus d'un médecin généraliste sur deux d'après un article publié en 2004 sur l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes (4). Cela semblait confirmé dans une enquête publiée en 2002 sur le moral des médecins et la démotivation. En effet, près de la moitié des médecins généralistes (47 %) étaient disposés à modifier leur activité. Une activité médicale salariée serait choisie

par 4% d'entre eux, un quart opterait pour une reconversion, et 23 % partiraient en retraite anticipée (5).

Pourquoi tant de médecins généralistes souhaitaient-ils changer leur exercice professionnel ? Une souffrance psychologique était-elle présente dans leur quotidien ?

D'après une étude publiée en 2002 par le Dr Gleizes et le Dr Ravazet, le stress perçu par les médecins généralistes toucherait presque la moitié d'entre eux proportionnellement à la charge de travail (6). Un tiers des médecins serait déprimé, soit deux fois plus que la population générale comme le montrait l'étude de Van Ingen F. publiée en 2002 (5). Déjà en 2004, une méta-analyse notait un risque de suicide multiplié par 1,41 chez les hommes médecins et par 2,27 chez leurs consœurs, toutes spécialités confondues, par rapport à la population générale (7).

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit le syndrome d'épuisement professionnel ou « burn-out », par un “ épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » (8). Le syndrome d'épuisement professionnel comprend trois dimensions évaluées dans l'échelle Maslach Burn-out Inventory : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement personnel (9). L'épuisement émotionnel correspond à un sentiment d'incapacité à travailler, une fatigabilité, des troubles du sommeil, un manque de motivation. La dépersonnalisation correspond à une déshumanisation, un détachement dans les rapports interpersonnels, un cynisme et des attitudes négatives envers les patients. Un isolement s'ensuit avec repli sur soi. La diminution de l'accomplissement personnel correspond à un sentiment d'inefficacité, une frustration, une incapacité dans son travail, une démotivation (8,9) (Annexe I).

Un niveau important d'épuisement professionnel chez les généralistes français était retrouvé dans une étude sur la prévalence du burn-out en médecine générale publiée en 2007. En effet, plus d'un médecin généraliste sur deux (51,5%) obtenaient des scores élevés dans au moins une des trois dimensions du burn-out. Ils étaient également 8,1% à présenter des scores élevés dans les trois dimensions de l'échelle Maslach Burn-out Inventory soit un syndrome d'épuisement professionnel complet (10).

D'après une étude publiée en 2004 sur l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes, il existait une association significative entre des scores d'épuisement émotionnels élevés et la consommation d'alcool ($p = 0,003$) ou de médicaments psychotropes ($p = 0,0001$). Un score élevé de dépersonnalisation était également associé à la consommation de ces deux substances (4).

Quels étaient les facteurs pouvant influencer l'apparition de ce syndrome d'épuisement professionnel ?

La HAS décrit les professionnels de santé comme une population particulièrement à risque de développer un burn-out. Cela s'explique devant une pénibilité au travail, que ce soit la charge physique, l'organisation, tout autant que la charge psychique avec une confrontation à la souffrance ou à la mort (9).

D'après un article publié en 2004 sur l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes, certains médecins déclaraient comme principales causes de burn-out : « les exigences des patients, la surcharge administrative, les relations avec l'administration et les

organismes de protection sociale, la charge de travail, et les contraintes financières ». La dimension d'épuisement émotionnel de l'échelle Maslach Burn-out Inventory était associée à la charge de travail élevée, au fait d'être une femme, au souhait de reconversion, aux consommations d'alcool ou psychotropes ou bien aux idées suicidaires d'après cet article (4). La charge administrative se révélait également être la première cause d'épuisement professionnel citée par les médecins à 96%, suivie par "la non-reconnaissance de l'action du médecin" à 90,1% puis la charge de travail à 89,1% dans l'étude menée par l'URML-Ile de France publiée en 2007 (11).

En revanche, le fait de participer à un groupe de parole diminuait de façon significative l'épuisement professionnel ($p<0,05$), et notamment les groupes Balint d'après une étude sur la prévalence du burn-out en médecine générale publiée en 2007 (10).

Toutes ces données sont cependant anciennes et nécessitent une réactualisation. Ce travail de thèse avait donc pour objectif de recenser les publications existantes sur l'état de santé mentale des médecins généralistes en France des années 2009 à 2019, afin de faire un état des lieux sur cette période et identifier les différents facteurs de risques et facteurs protecteurs de cette santé mentale.

MÉTHODES

1. Stratégie de recherche

Cette revue systématique de la littérature a suivi la méthode PRISMA-P. Les bases de données PUBMED, CAIRN, COCHRANE, CISMEF, SUDOC, SCIENCE DIRECT, PSYCHARTICLES ont été utilisées de manière systématique pour les publications de 2009 à 2019 selon l'équation de recherche : (doctor* OR general practitioner* OR physician* OR "GP"*) AND ("own health")

ou bien "sante mentale du medecin" OR "sante des medecins" OR "sante psychique du medecin" selon la base de donnée.

Lors de la recherche dans les bases de données, les restrictions concernant les dates et le pays étaient employées.

La gestion des références bibliographiques et des sources a été réalisée grâce au logiciel ZOTERO (Zotero,5.0.81).

2. Sélection des études

Les critères d'inclusion étaient les suivants : articles médicaux, études médicales, qualitatives ou quantitatives, observationnelles ou interventionnelles, publiées entre 2009 et 2019, concernant la santé mentale des généralistes exerçant en France, en ambulatoire.

Les critères d'exclusion regroupaient les doublons, les articles rédigés dans une autre langue que le français ou l'anglais, non disponibles en texte intégral, publiés avant 2009 ou après 2019, concernant d'autres pays que la France, des médecins non généralistes, n'exerçant pas en ambulatoire, ou ne concernant pas la santé mentale des médecins généralistes.

La sélection a été effectuée par l'exclusion des doublons puis la lecture des titres, des résumés et enfin la lecture complète des articles.

La sélection des études et l'extraction des données ont été faites de manière indépendante par deux lectrices. En cas de divergence, les articles concernés ont fait l'objet d'une discussion entre les deux chercheuses jusqu'à obtenir un consensus. Si aucun consensus n'était trouvé le directeur de thèse était sollicité pour avis définitif.

Un formulaire d'extraction a été utilisé, regroupant les items suivants : titre, auteur, année de publication, type d'étude, résumé, méthode et population, objectif principal, principaux résultats de l'étude, score de qualité.

3. Score de concordance

Pour évaluer le degré d'accord entre les lectrices lors de la sélection des études, le score Kappa de Cohen a été utilisé. Ce score a été calculé lors de la sélection après lecture des titres et résumés puis une deuxième fois lors de la sélection après lecture du texte intégral.

4. Analyse des données

Chaque étude a été évaluée grâce à différents critères de qualité selon le type d'étude :

- Pour les recherches qualitatives : les critères COREQ
- Pour les études observationnelles les critères STROBE
- Pour les revues de littérature, les critères PRISMA-P

A partir de ces échelles, pour pouvoir évaluer et comparer les différentes études, un score a été créé. En faisant le rapport du nombre de critères présents par le nombre de critères totaux, un pourcentage a été obtenu. Un classement des études selon leur pourcentage, du plus faible au plus fort, a été réalisé. Ce score reste purement indicatif et aucune référence n'a été exclue.

RÉSULTATS

1. Sélection des références

429 références ont été initialement identifiées par recherche sur les bases de données. Parmi ces 429 références, 42 ont finalement été évaluées en texte intégral pour éligibilité, de façon indépendante par les deux lectrices. 18 références ont ainsi été sélectionnées et discutées entre les lectrices jusqu'à obtention d'un consensus. Finalement, 10 références ont été retenues pour la synthèse qualitative. Le diagramme de flux PRISMA-P résume la procédure de sélection des études (figure 1).

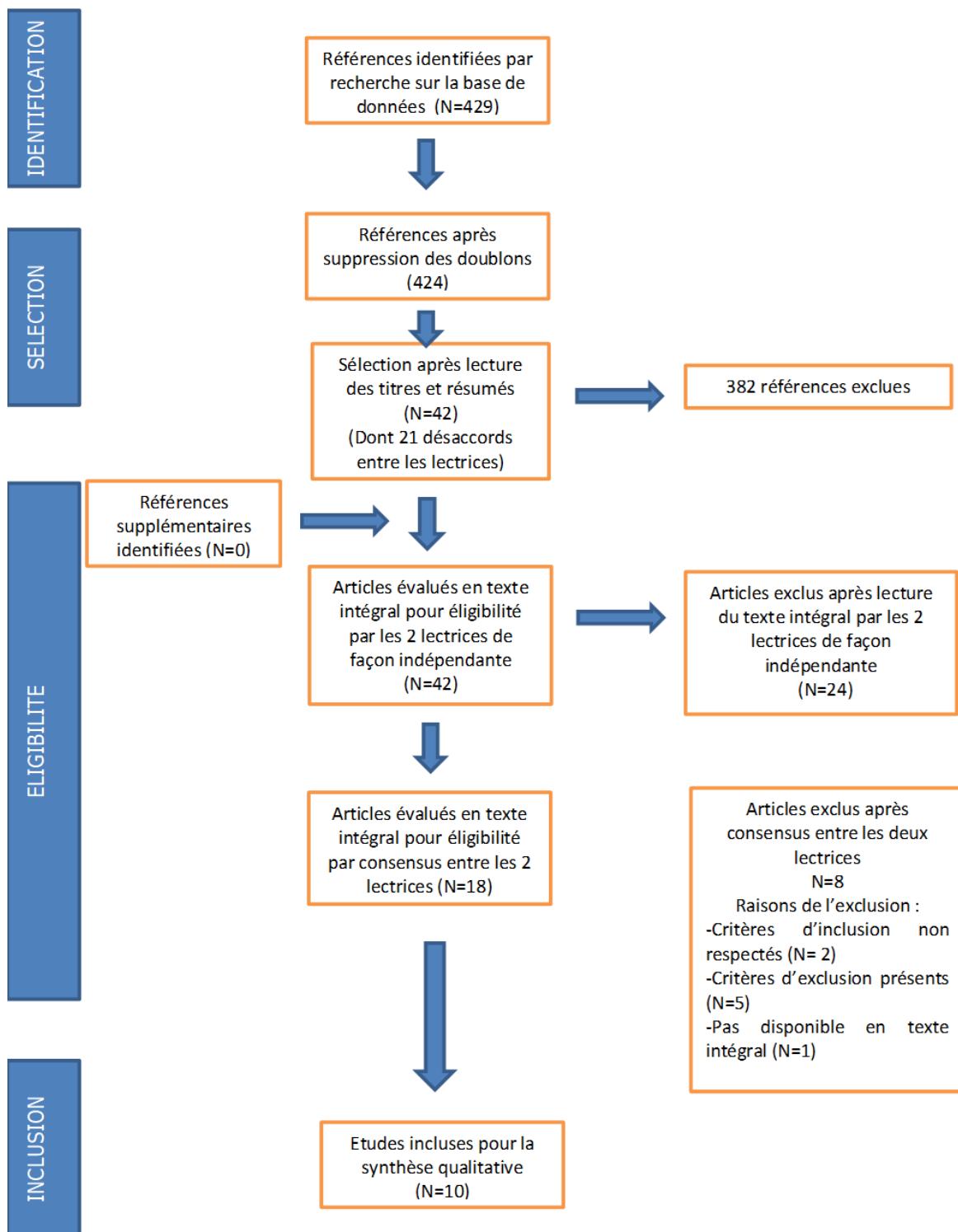


Figure 1 : Diagramme de flux PRISMA-P, traduction française originale du diagramme de flux PRISMA 2009

2. Evaluation du degré d'accord entre les lectrices

Pour évaluer le degré d'accord entre les lectrices lors de la sélection des études, le score Kappa de Cohen a été calculé (Annexe II).

Ainsi, après lecture des titres et résumés, un Kappa de Cohen à 0.64 était retrouvé, soit un degré d'accord estimé fort. Après évaluation en texte intégral, le Kappa de Cohen était à 0.86, soit un degré d'accord estimé excellent (Annexe II).

3. Description des études

Les 10 références retenues étaient des thèses d'exercice de médecine.

Parmi elles, 6 études qualitatives étaient retrouvées, 3 études observationnelles et 1 revue de littérature.

Un tableau d'extraction des données a été réalisé. Les thèses ont arbitrairement été numérotées pour en simplifier la nomination (Tableau I).

Tableau I : Tableau d'extraction des données

Nº	Auteur	Date de soutenance	Type d'étude	Méthode et population	Objectif principal	Principaux résultats	Score
Thèse numéro 1	Machuelle, Laure	22/10/2015	Etude qualitative	12 MG inclus de juillet 2014 à mars 2015 (Entretiens semi-dirigés)	Faire un état des lieux de la pratique des MG du NPDC lors de la survenue de problèmes de santé les concernant, d'en faire ressortir les difficultés et les attentes d'amélioration.	- Prise en charge très souvent auto-administrée - Auto-déclaration de médecin traitant - Auto-prescription médicamenteuse - Opinion plutôt négative de leur auto prise en charge mais paradoxalement ne souhaitent pas forcément la modifier - Difficultés psychologiques à s'avouer malades, à confier leur santé, peur des répercussions délétères sur leur activité libérale	Score COREQ = 26/32 (81.25%)
Thèse numéro 2	Kasmi, Ilham	24/09/2018	Etude qualitative	20 MG inclus d'octobre 2017 à juillet 2018 (entretiens semi-dirigés)	Explorer l'impact de l'exercice en MSP dans la vie et la pratique des généralistes exerçant en Normandie Orientale.	Exercice de groupe, maison de santé pluridisciplinaire : - Aménagement du temps de travail - Convivialité, meilleures conditions d'exercice et amélioration de la qualité de vie. - Exercice perçu comme plus sécurisant (coordination des soins organisée autour du patient) - Coût important - Exercice de groupe et conflits que cela peut générer - Charge de travail administrative (mise en place de projets)	Score COREQ = 12/32 (37.5%)
Thèse numéro 3	Romanet, Audrey	04/06/2015	Etude qualitative	16 MG inclus de décembre 2014 à mars 2015 (entretiens semi-dirigés)	Recueillir l'expérience des médecins généralistes concernant la prise en charge de leur propre santé, afin de déterminer leurs besoins et d'envisager la création de consultations dédiées qui répondraient à leurs attentes	- 16/16 ont un médecin traitant déclaré, 14 sont eux-mêmes leur MT - 3/16 déclarent ne pas consommer d'alcool. 2 occasionnellement >1/semaine, 10 entre 1 à 14 verres/semaine, 1 à consommation à risque - Consommation de psychotropes : 3 consommaient occasionnellement des hypnotiques, 1 consommait un anxiolytique et 2 en avaient consommé. - 3 médecins ont souffert de burn-out, seulement 6 ont déclaré ne pas se sentir concernés par les difficultés psychologiques	Score COREQ = 23/32 (71,88%)
Thèse numéro 4	Grostabus siat Ericka	29/10/2015	Etude qualitative	12 MG inclus du 18 mai au 25 juin 2015 (entretiens semi-dirigés)	Apprécier les conditions d'exercice et le ressenti des médecins généralistes exerçant en centre de santé, et apprécier en quoi ce mode de travail pourrait être une solution d'avenir dans l'offre de soins de premier recours.	- Grande hétérogénéité de l'exercice en centre de santé. - Le travail en équipe coordonnée et la diversification de l'exercice peuvent être une réponse aux attentes des jeunes médecins. - Le salariat offre certains avantages mais peut restreindre l'autonomie pour l'organisation globale du travail du médecin et ne semble pas toujours garantir l'équilibre avec la vie privée. - Les enjeux financiers pèsent sur ces centres ce qui semble retenir sur l'attractivité de ce mode d'exercice.	Score COREQ = 21/32 (65.63%)

Thèse numéro 5	Berger, Carole	09/02/2016	Etude qualitative	20 MG inclus de mars 2013 à juin 2015 (entretiens semi dirigés)	Identifier les motivations et obstacles au changement du comportement de prévention des médecins généralistes envers leur propre santé afin d'améliorer leur prise en charge médicale	<ul style="list-style-type: none"> - 20 MG ont été interrogés - Certains pensaient ne réaliser aucune prévention ou s'estimaient mal pris en charge - Ceux qui avaient déclaré un de leurs confrères comme médecin traitant ne le sollicitaient que très rarement ou jamais 	Score COREQ = 24/32 (75%)
Thèse numéro 6	Lucile Jacquot	2015	Etude qualitative	14 MG inclus pendant l'hiver 2014-2015 (entretiens semi dirigés)	Déterminer quelles sont les pratiques de dépistage des médecins dans le cadre de leur propre suivi.	<ul style="list-style-type: none"> - Les médecins jugent leur état de santé au moins assez bon - La majorité d'entre eux sont insatisfaits de leur suivi médical - Ils sont nombreux à être leur propre médecin traitant même si beaucoup jugent que ce n'est pas une bonne chose - L'auto-diagnostic et l'auto-prescription, ainsi que la souffrance psychologique sont des problèmes fréquents - Barrières d'accès aux soins et difficultés à se confier en tant que patient, la relation thérapeutique entre un médecin malade et un confrère soignant est délicate 	Score COREQ = 22/32 (68.75%)
Thèse numéro 7	Sauvegrain, Léopoldine	07/07/2016	Etude observationnelle	306 MG interrogés entre septembre 2014 et août 2015, (questionnaire)	Interroger les médecins libéraux sur leur comportement vis-à-vis de leur propre santé et plus globalement sur leurs conditions de travail.	<ul style="list-style-type: none"> - 77% se disent en bonne ou très bonne santé - 68% sont leur propre médecin traitant - Les généralistes sont plus atteints par les troubles anxiodépressifs que la population générale - 89% sont favorables à la création d'un service de médecine préventive : (souhaitent y trouver un soutien psychologique à 66%) 	Score STROBE = 17/22 (77.27%)
Thèse numéro 8	Dutour, Julien	2010	Etude observationnelle	151 MG interrogés en mars 2008 (questionnaire)	Décrire et comparer les comportements de santé en matière de prévention et de consommation de soins chez des médecins généralistes picards	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de différences significatives entre les médecins à mode d'exercice particulier, les maîtres de stage libéraux et les généralistes sans autre mode d'exercice. Les médecins à mode d'exercice particulier se ménagent plus que les autres. 	Score STROBE (90.90%)
Thèse numéro 9	Roxane Koziarek-Benhami	2009	Etude observationnelle	173 MG interrogés du 19 octobre au 09 novembre 2009 (questionnaire)	Comment ceux qui passent leur vie à soigner les autres prennent-ils en charge leur propre santé ? Prennent-ils suffisamment soin d'eux-mêmes ? Quel est le retentissement de la maladie sur leur activité ? Et sont-ils vraiment des patients comme les autres ?	<ul style="list-style-type: none"> - 84% estiment être en bonne santé - 46% estiment être moins bien soigné que leurs patients - 15% ont déclaré un confrère comme médecin traitant - Taux de décès par suicide deux fois plus élevé que dans la population générale - Même s'ils ont majoritairement choisi ce métier par vocation, 34% d'entre eux s'avouent déçus, et 2% très déçus. 20 % envisageraient de changer de profession. 	Score STROBE (63,63%)
Thèse numéro 10	Laurianne Gallice	2014	Revue de littérature	17 thèses, 8 enquêtes et 2 documents divers ont été analysés.	Etablir un profil du médecin généraliste libéral français.	<ul style="list-style-type: none"> - 75% des médecins sont globalement satisfaits de leur santé - 40% estiment leur prise en charge mauvaise et éprouvent une gêne concernant leur statut de patient - 2/10 n'ont pas de médecin traitant, 6-7/10 se sont auto-déclarés, 60% auto-prescription - 20% tabagisme actif, 5% ont une consommation excessive d'alcool - Deux tiers sont stressés au quotidien et 5 à 10% souffrent de burn-out à un stade élevé - 20% Anxiolytiques et hypnotiques 	Score PRISMA-P = 8/27 (29.63%)

4. Approfondissement de la bibliographie

Devant le niveau de preuve scientifique faible à modéré, les chercheuses ont décidé de réaliser une recherche complémentaire.

Celle-ci s'est effectuée à partir de la bibliographie des dix thèses ci-dessus. Les critères d'inclusion et d'exclusion n'ont pas été modifiés. Ce travail n'a pas été effectué en double aveugle, à la différence de la première recherche. Les articles ont été validés d'un commun accord (Figure 2).

Cette nouvelle recherche a permis d'extraire neuf articles, résumés dans le tableau II.

Tableau II : Tableau d'extraction des données des neuf articles

Nº	Titre	Auteur	Date de publication	Score
Article 01	L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail	Julie MICHEAU, Eric MOLIÈRE, Plein SENS	2010	Score COREQ = 11/32 (34,38%)
Article 02	Les emplois du temps des médecins généralistes	Steve JAKOUBOVITCH (DREES) Marie-Christine BOURNOT, Elodie CERCIER, François TUFFREAU (Observatoire régional de la santé (ORS) Pays de la Loire)	2012	Score STROBE = 13/22 (59.09%)
Article 03	Santé physique et psychique des médecins généralistes	Pascale DESPRÈS et Isabelle GRIMBERT1, Bernadette LEMERY et Caroline BONNET2, Catherine AUBRY et Carole COLIN	2010	Score STROBE = 6/22 (27,27%)
Article 04	Burn-out des médecins bourguignons : l'enquête qui dit tout	URML Bougogne	2010	Score STROBE = 4/22 (18.18%)
Article 05	Enquête sur la santé physique et psychique des médecins bourguignons	Analyse régionale réalisée conjointement par Caroline Bonnet, Bernadette Lemery de l'Observatoire Régional de la Santé et par le Dr Catherine Aubry et Carole Colin de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne	2010	Score STROBE = 7/22 (31.82%)
Article 06	Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire	ORS des Pays de la Loire - Marie-Christine Bournot, Marie-Cécile Goupil, Brice Leclère, Dr Anne Tallec, François Tuffreau - URML des Pays de la Loire - Dr Thomas Hérault	2010	Score STROBE = 8/22 (36.36%)
Article 07	La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux	Alain Paraponaris, Bruno Ventelou, Pierre Verger, Pascale Després, Catherine Aubry, Carole Colin, Caroline Bonnet, Thomas Hérault, Rémy Sebbah, Yolande Obadia	2011	Score STROBE = 12/22 (54.55%)
Article 08	Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants	Hélène Dusmesnil, Bérengère Saliba-Serre, Jean-Claude Régi, Yves Leopold, Pierre Verger	2009	Score STROBE = 19/22 (86.36%)
Article 09	Le temps de travail des médecins généralistes	Philippe Le Fur, en collaboration avec Yann Bourgueil et Chantal Cases	2009	Score PRISMA-P = 9/27 (33,33%)

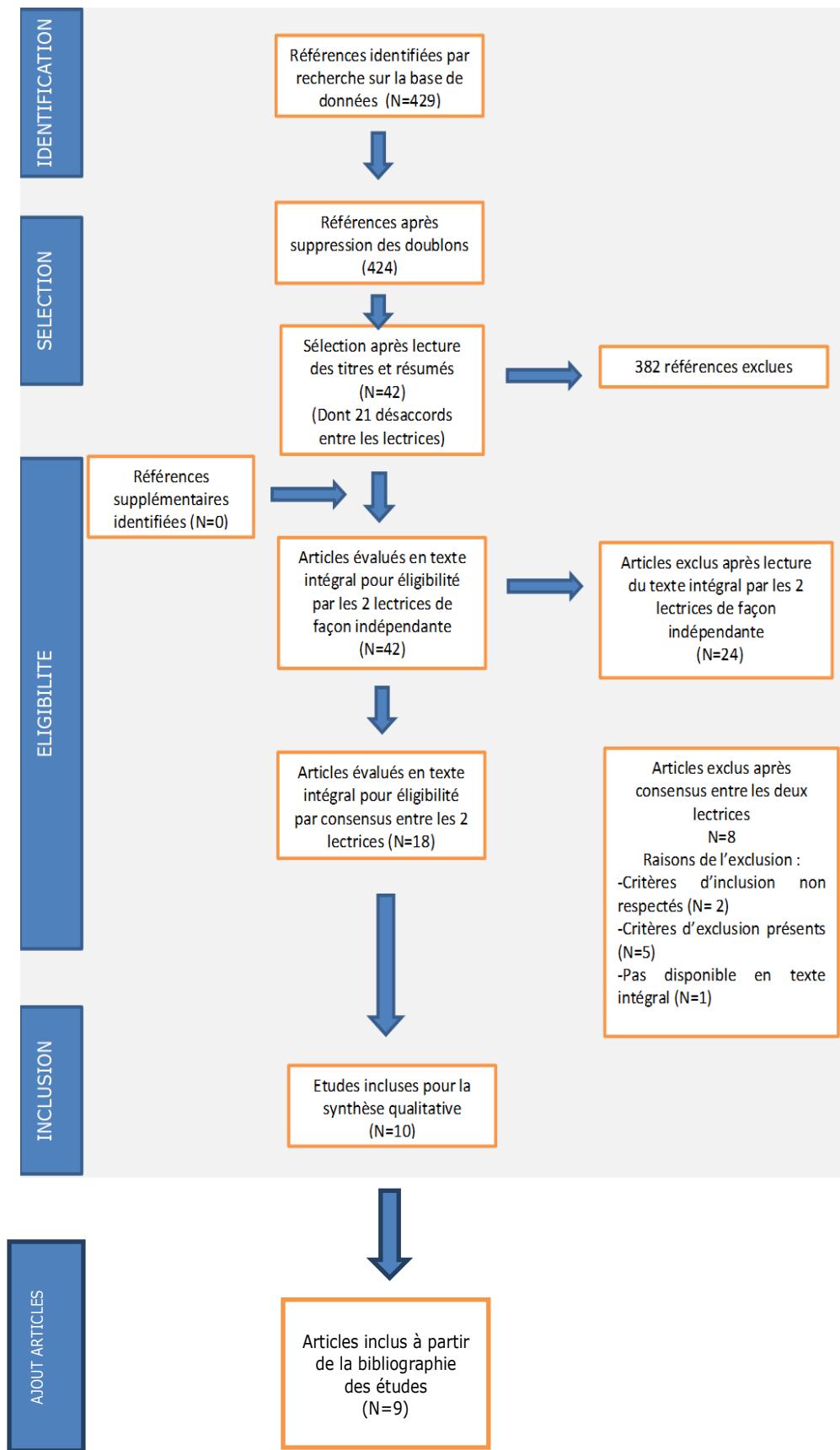


Figure 2 : Diagramme de flux PRISMA-P avec ajout de bibliographie, traduction française originale du diagramme de flux PRISMA 2009

5. Score de qualité des études

Les études « Impact des maisons de santé pluridisciplinaires dans la vie et la pratique des médecins généralistes en Normandie orientale » et « La santé des médecins généralistes libéraux français : à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 » ont été considérées comme ayant un score de qualité faible avec respectivement 37,5% et 29,63%. Les huit autres études ont été considérées comme ayant un score élevé, avec des scores variant de 63,03% à 90,90%.

Pour autant, aucune référence n'a été exclue, dans une volonté de rester exhaustif pour cette revue de littérature. Ce score reste purement indicatif.

Les tableaux de calcul de score de qualité des différentes études peuvent être retrouvés en annexes III, IV et V.

6. Santé mentale des médecins généralistes

6.1. Perception de la santé des médecins généralistes

Dans l'étude de la DREES, huit médecins sur dix s'estimaient en bonne santé. Cette santé était évaluée par le biais du module minimum européen sur la santé, comprenant trois questions : « Comment est votre état de santé en général ? (Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais) », « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? (Oui, Non) », « Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? (Oui, limité mais pas fortement, Non) ». Parmi les médecins généralistes se disant en bonne ou très bonne santé, ils étaient 64% à ressentir du stress, 72% de la fatigue et 37% à avoir des troubles du sommeil. Parmi ceux se disant en mauvaise santé, ils étaient 80% à ressentir du stress, 95% de la fatigue et 68% à éprouver des troubles du sommeil (12).

Le stress était évalué dans plusieurs autres études avec des résultats très hétérogènes. Ainsi d'après Koziarek-Benham.R, 86% des médecins ressentaient du stress. (13). Dans l'étude de Jacquot L., 14% des médecins déclaraient également ressentir du stress lié à leur profession (14).

Néanmoins, d'après l'étude de Gallice.L, 90% des médecins estimaient être en bonne santé psychique (Vergus A.L) (15).

6.2. Evaluation et conséquences de la souffrance psychologique

6.2.1. Souffrance psychologique chez les médecins généralistes

Dans l'étude de la DREES, la souffrance psychologique a été évaluée sur les quatre semaines précédent l'enquête, avec le questionnaire Mental Health 5, comprenant cinq questions : Vous êtes-vous senti(e) très nerveux(se) ?, Vous êtes-vous senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ? Vous êtes-vous senti(e) calme et détendu(e) ? Vous êtes-vous senti(e) triste et abattu(e) ? Vous êtes-vous senti(e) heureux(se) ?. Selon les réponses, un score pouvait être calculé. Une personne était identifiée en détresse psychologique lorsque le score était inférieur ou égal à 52/100. Dans cette étude, plus d'un médecin généraliste sur dix étaient dans une situation de détresse psychologique. Cette détresse psychologique concernait deux fois plus les femmes que les hommes d'après l'étude de la DREES (12). Cela se confirmait dans l'étude de Jacquot L., où les médecins rapportaient une souffrance psychologique répandue dans leur exercice (14). Dans l'étude de Romanet A., 40% des médecins généralistes avaient également déclaré souffrir de détresse psychologique et 12% dans l'étude de l'ORS-URML Pays de la Loire (16, 17).

Dans l'étude de l'ORS-URML Pays de la Loire, 6% de médecins généralistes avaient eu des idées suicidaires au cours de l'année, contre 34% chez les médecins bourguignons (17, 18).

Jacquot L. soulignait la difficulté de se confier pour un médecin en détresse psychologique notamment avec un confrère, par pudeur ou honte, et Romanet A. mettait en évidence un déni de leur part (14, 16). Ils étaient souvent sur la défensive concernant leur

santé mentale d'après Gallice L. (Chapusot). Les médecins parlaient avec difficulté et retenue des conséquences néfastes qu'avait leur profession sur leur santé mentale (15).

6.2.2. Souffrance psychologique et « Burn-out »

D'après la HAS, le syndrome d'épuisement professionnel ou « burn-out » comprend trois dimensions évaluées dans l'échelle Maslach Burn-out Inventory : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement personnel (8, 9) (Annexe I).

D'après Koziarek-Benham R, un sentiment d'échec professionnel avait déjà été ressenti par 31% des médecins généralistes, et 44% des médecins généralistes avaient déjà éprouvé un épuisement émotionnel (13). Ils étaient 8% à déclarer avoir déjà été dans une situation de burn-out dans l'étude de Sauvegrain L. et 18% chez Romanet A. (16, 19).

D'après Dusmesnil H. 23% des médecins généralistes avaient un score élevé d'épuisement émotionnel, 19,6% un score de dépersonnalisation élevé et 10,6% avaient un score d'accomplissement personnel réduit. Un syndrome de burn-out complet (les trois dimensions touchées) était retrouvé chez 1% des médecins généralistes. Néanmoins, 25% des médecins généralistes n'avaient aucun symptôme d'épuisement professionnel, c'est-à-dire avec de faibles scores d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation et avec un score élevé d'accomplissement personnel (20).

D'après l'étude de l'ORS-URML Pays de la Loire il existait un lien entre la présence de souffrance psychologique et le burn-out. En effet, les médecins généralistes ayant des scores élevés d'épuisement émotionnel étaient 29% à déclarer une situation de détresse psychologique d'après le Mental Health 5, 33% à cumuler les symptômes de souffrance

psychologique et 28% à avoir consommé des psychotropes. Les médecins généralistes ayant des scores d'épuisement émotionnel faibles étaient eux, 5% à déclarer une souffrance psychologique, 10% à cumuler les symptômes et 16% à consommer des psychotropes. Le même constat était retrouvé concernant la dépersonnalisation : les médecins généralistes avec un score élevé de dépersonnalisation étaient 16% à déclarer une détresse psychologique contre 10% chez les médecins avec des faibles score de déshumanisation envers les patients. Les médecins généralistes avec un score élevé de dépersonnalisation étaient 28% à cumuler certains symptômes contre 12% chez les médecins avec un score faible de dépersonnalisation (17).

D'après Romanet A. et Jacquot L., les médecins généralistes souffrant d'épuisement professionnel se sentaient isolés et se repliaient sur eux-mêmes, ce qui conduisait à une prise en charge tardive. La pression sociétale empêchait les médecins d'exprimer leur souffrance psychologique ou de montrer leurs faiblesses. Les médecins interrogés dans l'étude de Romanet A. parlaient même de « médecin qui n'a pas le droit d'être malade » pour préserver son statut de garant de la santé devant sa patientèle et ses confrères (14, 16).

6.2.3. Prise en charge médicamenteuse et psychothérapie

Dans l'étude évaluant la santé mentale des médecins bourguignons, 5% des médecins généralistes avait consommé des traitements antidépresseurs quotidiennement durant l'année, et majoritairement des femmes (18).

Dans l'étude de l'ORS-URML Pays de la Loire, ils étaient 20% des médecins généralistes à avoir consommé des traitements hypnotiques ou anxiolytiques dans les douze derniers mois et 6% des antidépresseurs. Parmi ces médecins, cette consommation était doublée chez les

médecins en situation de détresse psychologique (soit 37% contre 18%) (17). D'après l'étude de Gallice L. (Galam), les médecins à risque de burn-out consommaient plus de médicaments psychotropes que les médecins non menacés par le burn-out. En effet, la consommation de psychotropes se chiffrait à 15,7% chez les médecins menacés de burn-out contre 5,1% pour les médecins ne se sentant pas menacés. Cette prise médicamenteuse était également décrite comme une solution contre le stress pour 15,4% des médecins généralistes (15).

Une psychothérapie était suivie par 7% des médecins généralistes dans l'étude de Jacquot L., pour la gestion du stress (14).

Beaucoup de médecins étaient leur propre médecin traitant et pratiquaient l'auto-prescription. En effet, d'après Sauvegrain L., ils étaient 93% à pratiquer l'automédication (19). Les médecins généralistes décrivaient cette méthode comme « pratique, évidente, naturelle et même légitime », d'après les études de Machuelle L. et Romanet A. (16, 21). Elle était largement utilisée pour diminuer la peur d'un sentiment d'infériorité et de jugement des autres médecins. Pourtant, la plupart de ces médecins généralistes la critiquaient et mettaient en garde : il y avait un risque de soins différents par rapport à un patient, de sous et sur estimation des symptômes, de déni, et de manque d'objectivité d'après les thèses de Romanet A. et Machuelle L. (16, 21). Il fallait donc restreindre cette pratique le plus possible. Pourtant, d'après Machuelle L., 83% des médecins s'étaient auto-déclarés médecins traitants et 68% dans l'étude de L. Sauvegrain. Les jeunes médecins de moins de 50 ans étaient ceux ayant tendance à désigner un médecin autre qu'eux même comme médecin traitant (19, 21).

6.3. Evaluation des addictions au travers du tabac et de l'alcool

6.3.1. Consommation de tabac

Dans l'étude réalisée par l'URML Bourgogne, 15% des médecins généralistes étaient fumeurs actifs (dont 12% quotidiennement) (18). Dans l'étude de l'ORS-URML pays de la Loire, les chiffres étaient similaires avec 13% de fumeurs quotidiens parmi les médecins généralistes. Parmi eux, 4% consommaient plus de 11 cigarettes par jour (17).

D'après l'étude de Dutour J., 15,3% des médecins généralistes étaient tabagiques actifs, 12% dans l'étude de Gallice, 18% dans celle de Koziareck et enfin 10% dans l'étude de Berger C. (13, 15, 22, 23).

En ce qui concerne les tabagiques sevrés, ils étaient 36,5% parmi les médecins généralistes dans l'étude de Dutour J. (22). Dans la thèse de L. Gallice ils étaient 29% et 15% dans celle de Berger C., et enfin dans l'étude de l'ORS-URML Pays de la Loire 34% étaient d'anciens fumeurs (15, 17, 23).

Concernant les non-fumeurs, dans l'étude de Sauvegrain L. 56% des généralistes déclaraient ne jamais avoir fumé contre 48,2% dans la thèse de Dutour J. (19, 22).

6.3.2. Consommation d'alcool

D'après l'étude de la DREES, les médecins rapportant avoir consommé de l'alcool durant l'année étaient plus de huit sur dix (12). Ils étaient plus de neuf sur dix à en avoir consommé dans le panel des médecins bourguignons (24).

Parmi les médecins généralistes, 31% avaient une consommation à risque dont 8% à risque chronique d'après l'article de l'URML Bourgogne (24). Dans l'étude de l'ORS-URML Pays de la Loire, ils étaient 28% à estimer leur consommation d'alcool à risque et 4% à risque chronique (17).

La part de médecins généralistes consommant de l'alcool de façon quotidienne d'après Koziarek Benhaim R. était de 70% (13).

Les médecins interrogés par Berger C. étaient 60% à avoir une consommation occasionnelle, 30% consommaient régulièrement le weekend, 5% déclaraient consommer plusieurs fois par semaine et 5% avaient une consommation quotidienne modérée (23).

Dans l'étude de Dutour J., 29,4% des médecins consommaient entre 8 à 21 verres par semaine et 48,2% en consommaient entre 1 à 7 par semaine (22).

6.3.3. Lien entre consommation de tabac et d'alcool et burn-out

D'après l'étude de Gallice L. (Galam), les médecins à risque de burn-out consommaient plus de tabac et d'alcool que les médecins non menacés par le burn-out. Ils étaient en effet 14,6% à consommer de l'alcool et du tabac contre 3,5% pour les médecins ne se sentant pas menacés. Les médecins généralistes étaient 11,5% à décrire cette consommation d'alcool et de tabac comme un moyen pour lutter contre le stress (15).

7. Facteurs influençant la santé mentale

7.1. Facteurs de risque :

7.1.1. Temps de travail

Une vague d'enquête réalisée par les ORS-URML Pays de la Loire retrouvait un temps de travail estimé en moyenne à 57 heures pour des médecins généralistes lors d'une semaine classique (17). Cette moyenne se révélait identique d'après l'article de la DREES (25).

Les médecins affirmaient travailler entre 52 et 60 heures chaque semaine d'après l'article de Philippe Le Fur (26). Ce temps de travail était également estimé à 50-60 heures par semaine chez 39% des interrogés d'après l'étude de R. Koziarek Benhaim (13).

Il y avait cependant d'importantes différences selon les praticiens d'après l'article de la DREES : 10% affirmaient travailler au moins 71 heures contre 10% maximum 40 heures par semaine (25). Ces grandes disparités dans l'organisation du temps de travail étaient également retrouvées dans l'étude de l'ORS-URML Pays de la Loire publiée en 2010. En effet, 18% travaillaient 45h ou moins la semaine, 58% travaillaient entre 46h et 64h et 24% travaillaient plus de 64h (17).

Parmi les médecins avec une durée de travail inférieure à 45h, ils étaient 16% à présenter un score important d'épuisement d'après l'étude menée par l'ORS-URML Pays de la Loire. Pour établir ce score, les médecins de cette étude avaient été soumis à ces items : "fait de se sentir totalement épuisé à la fin d'une journée de travail, vidé nerveusement par leur travail, frustré par son travail et d'avoir l'impression de travailler trop dur". Ce score était doublé chez leurs confrères travaillant plus de 45h. Ce score d'épuisement était plus

souvent présent chez les médecins qui cumulaient le travail en retard (chez 41% d'entre eux contre 23%) (17).

D'après l'étude menée par la DREES, 42% des généralistes estimaient "avoir travaillé autant qu'ils le souhaitaient et avoir choisi l'emploi du temps qui leur convenait". Le même pourcentage de médecins affirmait cependant qu'ils auraient aimé diminuer leur temps de travail mais qu'ils ne trouvaient pas de remplaçant ou de suppléant et 15% déclaraient ne pas pouvoir pour raisons financières (25). Le temps de travail était également jugé trop élevé chez 36% des médecins d'après l'étude de R. Koziarek Benhaim (13).

7.1.2. Charge de travail administrative

D'après la thèse d'A. Romanet, la charge de travail et notamment la charge administrative paraissait peser sur l'activité quotidienne du médecin, qu'il travaillait seul ou en groupe (16).

Dans l'étude de R. Koziarek Benhaim, 44% des médecins interrogés trouvaient en effet leur charge de travail beaucoup trop importante. Une proportion de 40% de médecins généralistes désignait d'ailleurs majoritairement les formalités administratives comme contraintes les plus difficilement supportées (13).

Cela était confirmé dans l'article de P. Le Fur, où de nombreux médecins déclaraient le travail administratif trop important (26).

Ils étaient 19% des médecins généralistes interrogés à affirmer "avoir le sentiment d'être débordés" dans les différentes missions de secrétariat, comptabilité et gestion (25).

7.1.3. Diversité des emplois du temps

La vague d'enquête conçue par les ORS-URML Pays de La Loire montrait que la manière d'organiser le temps de travail (horaires, temps de travail, exercice le samedi...) n'était pas différente en fonction de l'âge, excepté pour l'horaire de travail le matin. En effet, les médecins jusqu'à l'âge de 46 ans étaient moins nombreux à commencer leur journée de travail avant 8h30 en comparaison à leurs collègues plus âgés.

Les jeunes médecins faisaient moins de visites à domicile ou de consultations sans rendez-vous. En effet, les généralistes ayant moins de 46 ans étaient 23%, contre 40% chez les médecins plus âgés à dédier plus de 10% de leur pratique médicale chaque année aux visites à domicile. De plus, ces jeunes médecins étaient deux fois moins nombreux que leurs homologues plus âgés à proposer plus de 20% de consultations sans rendez-vous (17).

Cependant, l'étude d'A. Paraponaris publiée en 2011 montrait de grosses variations d'organisation inter-régionales. En moyenne, 16,1% des médecins déclaraient ne réaliser aucune consultation sur rendez-vous. Ce pourcentage pouvait pourtant varier de 35,4% pour les généralistes de la Provence à 4% des généralistes exerçant en Pays de la Loire (27).

Malgré une grande diversité dans l'organisation de leurs emplois du temps respectifs, les médecins généralistes travaillaient beaucoup. D'après l'article de J. Micheau et E. Molière, le lundi était la journée la plus chargée avec les urgences du week-end. Si les généralistes acceptaient les consultations sans rendez-vous, le soir était souvent le moment le plus chargé de leur journée de travail. Le facteur saisonnier, notamment en hiver, amenait des retards de consultation réguliers avec des journées qui s'allongeaient (28).

D'après l'article d'A. Paraponaris publié en 2011, la majorité des médecins généralistes travaillaient le samedi matin de façon régulière (49.3%) ou épisodique (29.4%) (27). Ils étaient 59% des médecins interrogés à déclarer rapporter toujours ou souvent du travail à domicile d'après l'étude publiée en 2010 par les ORS et les URML Pays de la Loire (17). Près de la moitié des médecins généralistes (48%) rentraient chez eux entre 20 heures et 21 heures après leur journée de travail selon R. Koziarek-Benham (13).

L'article publié en 2010 par les ORS et les URML Pays de la Loire retrouvait une proportion de 65% des médecins généralistes qui ne programmaient jamais de pause dans leur journée de travail exceptée celle du déjeuner (17). D'après l'étude d'A. Paraponaris publiée en 2011, seulement 20.4% des médecins généralistes planifiaient une pause dans leur emploi du temps de minimum 15 minutes en plus de leur pause du déjeuner (27).

Cela n'était pas sans conséquence sur la santé mentale des médecins généralistes. Ils étaient 46% à se sentir totalement épuisés une fois leur journée de travail terminée dans l'étude ORS-URML Pays de la Loire. Malgré leur engagement et motivation, 55% des médecins généralistes interrogés avaient l'impression de travailler trop dur (17).

D'après l'étude de L. Machuelle, ces emplois du temps pourraient expliquer une prise en charge imparfaite par certains médecins généralistes de leur état de santé. Certains médecins évoquaient en effet une difficulté pour adapter leur planning, notamment pour des soins personnels. Quelques-uns des interrogés admettaient une inobservance ou des soins incomplets pour ne pas perturber leur activité (21).

7.1.4. Mode d'exercice

Les médecins âgés de moins de 50 ans qui exerçaient seuls étaient significativement moins nombreux que leurs homologues plus âgés ($p = 0.0001$) d'après les résultats d'étude de L. Sauvegrain (19).

Travailler seul était un des facteurs de risque de la souffrance psychologique contrairement au travail en groupe qui était protecteur comme le précisait Lucile Jacquot dans sa thèse (14). Cet isolement était également retrouvé comme facteur de risque du burn-out (19). D'après l'étude publiée en 2010 par plusieurs auteurs dont P. Desprès, la proportion de médecins généralistes à avoir eu des idées suicidaires était supérieure chez ceux exerçant seuls (12). Cette constatation semblait confirmée dans l'article d'A. Paraponaris, où il existait une association entre la déclaration d'idées suicidaires et le fait de travailler seul en cabinet (27).

7.1.5. Lieu d'exercice

Il y avait également de grandes disparités de temps de travail en fonction du lieu d'exercice. En moyenne, une semaine était estimée à 60 heures de travail en milieu rural contre 56 heures en milieu urbain d'après l'étude de la DREES (différence de 3%, variables significatives au seuil de 10%) (25).

Au niveau régional, l'article d'A. Paraponaris rapportait que les médecins généralistes en Bretagne travaillaient en moyenne 1 heure de plus chaque jour par rapport aux médecins

provençaux (11h30 contre 10h et 36 minutes) (27). Ce constat semblait confirmé d'après l'enquête publiée en 2010 par l'URML de Bourgogne. De nombreux territoires ruraux en Bourgogne étaient victimes d'une diminution de cabinets médicaux, ce qui avait accru la quantité de travail des médecins généralistes avec des créneaux de consultation toutes les 10 à 15 minutes (18).

Or, comme dit précédemment, la durée de travail hebdomadaire déclarée par les médecins généralistes semblait directement corrélée au score d'épuisement émotionnel d'après l'étude de l'ORS-URML Pays de la Loire. Malgré tout, l'analyse multivariée de cette même étude ne mettait pas en évidence de lien statistique entre l'implantation géographique et les scores importants d'épuisement émotionnel (17).

7.1.6. Disparité selon âge et sexe

D'après l'étude de P. Le Fur publiée en 2009, le temps de travail était supérieur chez les hommes, comparé aux femmes, notamment en raison d'une organisation par temps partiel plus répandue chez les femmes (26). Une différence se retrouvait également en fonction du sexe dans l'article d'A. Paraponaris : les hommes médecins travaillaient 45 minutes par jour en plus comparativement aux femmes (27).

Même si le score important d'épuisement émotionnel ne semblait pas être lié au sexe de manière significative dans l'analyse multivariée de l'étude de l'ORS-URML Pays de la Loire, les femmes étaient tout de même plus nombreuses que les hommes à s'estimer "vidées nerveusement" à cause de leur travail (31% contre 24%). Elles étaient également davantage épuisées une fois leur journée de travail terminée (54% contre 42%) (17).

Le temps de travail augmentait aussi avec l'âge : les médecins de 53 ans et plus travaillaient en moyenne 11 heures 12 minutes, alors que ceux de moins de 45 ans travaillaient 10 heures 54 minutes (27). L'article de la DREES confirmait cette tendance avec une durée de travail estimée moins élevée chez les personnes de 45 ans et moins (55 heures contre 58) (25).

Pourtant, d'après l'étude de l'ORS-URML Pays de la Loire, les médecins généralistes âgés de plus de 54 ans seraient moins nombreux à avoir un score d'épuisement émotionnel élevé. Ceci pourrait en partie s'expliquer par le fait que les médecins plus âgés adapteraient leur exercice dans l'hypothèse d'un épuisement professionnel (17).

7.1.7. Equilibre entre vie professionnelle/vie personnelle

D'après l'étude de R. Koziarek-Benham, 14% des généralistes ne planifiaient aucun temps libre dans la semaine. Sur les 86% restants, seulement 73% préservaient du temps libre de manière régulière. Une proportion de 68% des médecins témoignaient ne pas avoir un temps suffisant pour une activité personnelle et 18% l'estimaient totalement insuffisant (13).

D'après l'article de la DREES, les médecins généralistes avaient pris 5,3 semaines de vacances en moyenne en 2010. Ce nombre de semaines s'allongeait chez les médecins travaillant en groupe (5,7 semaines contre 4,8 pour les médecins exerçant seuls) (25).

Enfin, ils étaient 28% à prendre moins de 4 semaines de congés par an d'après l'étude de R. Koziarek-Benhamim (13).

Au cours d'une semaine de travail classique, 22% des médecins interrogés ne prenaient que trois fois par semaine leur repas en famille et 4% seulement une fois dans la semaine. La majorité des médecins interrogés estimaient d'ailleurs le temps destiné à leur famille insatisfaisant (13).

D'après l'étude menée par les ORS et les URML Pays de la Loire, ils étaient d'ailleurs 46% à déclarer avoir des difficultés pour concilier leur vie professionnelle et familiale. Après analyse multivariée, ces difficultés étaient majoritairement exprimées par des généralistes travaillant en zone rurale (56% contre 41% de médecins travaillant en zone urbaine) et corrélées à un temps de travail croissant. Il n'y avait pas de différence mise en évidence selon la démographie ou les autres modalités du type d'exercice (17).

Les médecins qui déclaraient avoir des difficultés pour concilier vie familiale et travail présentaient d'ailleurs des scores d'épuisement plus élevés que leurs confrères (49% contre 14%) (17).

7.1.8. Exigence de la patientèle et image sociétale

Plusieurs médecins de l'étude d'A. Romanet témoignaient des exigences croissantes des patients (16). Les patients avaient une plus grande simplicité d'accès aux informations médicales et une meilleure connaissance de leurs droits, ce qui avait également modifié les

rapports de pouvoir entre le médecin et son malade (20). D'après l'enquête publiée en 2010 par l'URML de Bourgogne, certains médecins généralistes pouvaient avoir l'impression de déployer beaucoup d'énergie dans le lien avec leurs patients sans contrepartie (18). De plus, l'image du médecin en société était celle d'un praticien infaillible et performant, ce qui ne laissait pas de place à la maladie. Cela pouvait donner l'impression à certains médecins généralistes de devoir assurer leurs missions en toutes situations d'après la thèse de Laure Machuelle (21).

Certaines demandes irréalistes pouvaient amplifier le sentiment de malaise dans la relation médecin-malade, ce qui pouvait aller jusqu'à des procédures judiciaires. D'ailleurs, ces confrontations à répétition entre patients exigeants et médecins pouvaient avec le temps entraîner une perception d'injustice de la part des médecins d'après l'étude menée par H. Dusmesnil (20).

Une diminution de reconnaissance concernant le métier de généraliste était un des facteurs d'épuisement professionnel d'après les médecins (20).

D'ailleurs, d'après l'étude menée par les ORS et les URML Pays de la Loire, la proportion de médecins avec des scores d'épuisement émotionnel élevés serait supérieure chez ceux ayant le sentiment de faire face à une agressivité des patients (73% contre 24%), à un manque de respect (53% contre 22%) ou à un investissement plus important de leur part dans la relation médecin-malade que leur patient (35% contre 13%) (17).

7.1.9. Difficultés d'acceptation de l'arrêt de travail

Plusieurs études montraient une difficulté pour la majorité des médecins généralistes à accepter un arrêt de travail quand celui-ci s'avérait nécessaire. D'après l'enquête de Sauvegrain L., 68% des médecins généralistes témoignaient avoir eu besoin d'un arrêt de travail pendant leur activité, sans finalement y avoir recours (62% des hommes et 72% des femmes) (19). Ce pourcentage atteignait les 70.1% dans l'étude de Dutour J. (22). Au cours des cinq dernières années, suite à une maladie, 26% des médecins avaient eu recours à un arrêt de travail selon l'étude de Koziarek-Benham R. (13).

Concernant la non prise d'arrêt de travail, la raison la plus fréquemment nommée était l'absence de remplaçant chez 46% des médecins généralistes. Venaient ensuite le problème financier consécutif à l'arrêt de travail pour 39% d'entre eux, la difficulté à consulter un autre professionnel pour 15% et le fait de ne pas savoir vers quel médecin se tourner pour 14% des médecins interrogés (19).

D'après les chiffres de la CARMF, les motifs psychiatriques étaient, à 21,05%, en seconde position des causes d'incapacité temporaire, après les causes cancéreuses de 2016 à 2018. De plus, la première cause d'invalidité définitive ces trois années était les troubles psychiatriques à 44,53 % (29) (Annexe VI).

7.2. Facteurs protecteurs :

7.2.1. Mode d'exercice

Les médecins généralistes en cabinet de groupe travaillaient moins de demi-journées par semaine que leurs confrères exerçant seuls d'après l'étude publiée en 2010 par les ORS et les URML Pays de la Loire : 35% travaillaient moins de 8 demi-journées chaque semaine pour les premiers contre 25% pour les seconds. Il y avait une proportion de 46% des médecins généralistes de groupe à travailler le samedi contre 70% des médecins généralistes en cabinet individuel (17).

De plus, les médecins exerçant en groupe étaient plus soutenus moralement par leurs confrères que ceux travaillant seuls d'après l'étude menée par les ORS et les URML Pays de la Loire (51% contre 29%) (17). De ce fait, la quasi-totalité des médecins recommandaient l'exercice de la médecine générale dans ce type de structure (30).

Le travail en groupe, notamment en maison de santé pluridisciplinaire pouvait s'avérer bénéfique d'après plusieurs témoignages de l'étude de I. Kasmi. La majorité des médecins mentionnaient la convivialité de ce mode d'exercice. Ils étaient d'ailleurs plus nombreux à affirmer une qualité de vie améliorée depuis leur arrivée en maison de santé, comparé à leur exercice antérieur. La moitié des personnes interrogées avaient considéré le temps de travail en maison de santé comme attractif, avec une souplesse de l'emploi du temps et un aménagement de temps libre (30).

Un autre mode d'exercice mis en avant dans l'étude d'E. Grostabussiat était celui du salariat. Cette activité présentait certains avantages comme celui de rendre disponible la structure de travail. Le médecin généraliste pouvait également se focaliser sur son exercice médical en diminuant les charges administratives, même si cela restait sujet à amélioration (31).

7.2.2. Diversité de l'activité

Dans l'étude de Romanet A., les médecins mentionnaient la diversité de l'activité comme étant un facteur protecteur du syndrome d'épuisement professionnel. Cette diversité permettait un épanouissement personnel (16).

Ces activités pouvaient être par exemple la participation à des groupes d'échange de pratiques entre pairs. Les médecins généralistes citaient comme bienfaits la possibilité de rompre l'isolement, de partager ses difficultés entre confrères et de se rendre compte que les pairs éprouvaient les mêmes problématiques. L'accueil d'un étudiant était également mentionné. Le fait de devenir maître de stage était décrit comme très valorisant, apportant beaucoup au médecin ainsi qu'à l'étudiant accueilli (14, 16). Le fait de participer à des formations permettait aussi de diminuer la souffrance psychologique d'après l'étude de Jacquot L. (14).

7.2.3. Personnalité et hygiène de vie

Le caractère et la personnalité étaient des facteurs cités par les médecins généralistes pour se protéger des difficultés d'après l'étude d'A. Romanet. Il s'agissait entre autres d'avoir la capacité à s'écouter, être raisonnable, connaître ses limites et accepter de dire « non » aux patients, ainsi que d'arriver à avoir un certain détachement vis-à-vis de son exercice professionnel (16). Certains médecins déclaraient également que suivre une psychanalyse était un moyen permettant de faire face aux difficultés du métier dans l'étude de Jacquot L. (14).

D'après les médecins généralistes interrogés dans l'étude de Romanet A., l'hygiène de vie était également un élément permettant de lutter contre la souffrance psychologique. La pratique d'une activité sportive et une bonne alimentation semblaient être importantes. Les médecins citaient également le soutien des proches et la vie de famille comme étant protecteurs (16). Dans l'article de l'ORS-URML Pays de la Loire, 92% des médecins déclaraient une aide de leur famille ou de leurs proches d'un point de vue moral et affectif (17).

7.2.4. Organisation de l'activité professionnelle

Les médecins généralistes déclaraient que la bonne organisation de leur activité était importante pour se protéger des difficultés rencontrées, dans l'étude d'A. Romanet. Ils entendaient par cela un respect des horaires permettant de concilier leur vie personnelle et professionnelle, et de savoir repérer le seuil à ne pas dépasser (16).

L'article des ORS-URML Pays de la Loire ajoutait à cela que les médecins devaient respecter une certaine balance entre l'autonomie procurée par leur métier et les inconvénients comme les charges administratives et les exigences des patients (17).

La durée de travail était importante, car les médecins accumulant moins de 45 heures par semaine étaient ceux ayant un score d'épuisement émotionnel le plus faible (17).

7.2.5. Connaissance des systèmes d'aide existants

Les systèmes d'aides dédiés aux médecins libéraux étaient méconnus pour un certain nombre de praticiens. Ils étaient en effet près de 69% dans l'étude réalisée en Loire Atlantique à ignorer l'existence d'une entraide du Conseil de l'Ordre (19).

Certains médecins souhaitaient d'ailleurs plutôt connaître les services d'aides déjà existants que d'en créer de nouveaux d'après l'étude de L. Machuelle. D'autres affirmaient connaître les systèmes d'aide pour les médecins en difficulté ou en burn-out mais regretttaient l'absence de communication à ce sujet et les modalités pratiques pour les déclencher (21).

L'enquête publiée en 2010 par l'URML de Bourgogne mettait quant à elle en avant certaines aides disponibles pour les médecins généralistes de Bourgogne, avec notamment un numéro d'assistance psychologique téléphonique anonyme (18).

Les généralistes d'Alpes-Maritimes proposaient de concevoir des consultations destinées aux médecins libéraux, avec des psychiatres, psychologues, généralistes ou même spécialistes. Ces personnes seraient formées à la fois pour la prise en charge des médecins et pour celle

du syndrome d'épuisement professionnel. Ces consultations pourraient s'étendre aux domaines de prévention, de dépistage et de prise en charge des différentes pathologies. Mais l'aspect psychologique semblait attirer en majorité les médecins d'après l'étude d'A. Romanet (16).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Points forts de l'étude

La présence de deux lectrices pour effectuer de manière indépendante la sélection des études a renforcé l'objectivité de cette thèse. Une documentaliste a contribué à la rédaction de l'équation de recherche et l'utilisation des bases de données. Différentes formations ont été suivies par les deux chercheuses pour réaliser au mieux cette étude (formation Zotero, ateliers thèse...).

Au total, sept bases de données ont été utilisées dans le cadre de cette étude, ce qui a permis la sélection d'un nombre conséquent de références initiales, 429 au total.

La méthodologie PRISMA-P a été utilisée, et 15 des 27 items de la liste de contrôle PRISMA-P 2009 étaient retrouvés. Le score de qualité de cette étude était ainsi calculé à 55,56%.

Chaque étude sélectionnée a été évaluée par un score de qualité, donné à titre informatif et spécifique à chaque type d'étude (qualitative, quantitative, revue de littérature...). Les critères de ces scores ont été discutés entre les lectrices et validés après consensus.

Points faibles de l'étude

Equation de recherche

Bien que l'équation de recherche ait été réalisée avec l'aide d'une bibliothécaire, elle engendrait des biais. Beaucoup d'équations ont été testées avant de sélectionner cette dernière. Plusieurs difficultés ont été rencontrées lors de l'élaboration de l'équation de recherche.

La première était celle concernant la "santé mentale des médecins". Selon les termes utilisés, beaucoup de résultats au sujet de la santé mentale des patients et non des médecins étaient retrouvés. Il a donc fallu sélectionner les termes donnant le plus de résultats en lien avec les médecins et le moins de résultats en lien avec les patients.

La deuxième difficulté concernait l'expression "médecins généralistes". En effet, selon les termes employés, les résultats portaient majoritairement sur les médecins toutes spécialités confondues et non pas seulement les généralistes. Il a fallu affiner la recherche tout en préservant les résultats concernant les médecins généralistes.

Enfin, cette thèse concernait la santé mentale des médecins qu'elle soit bonne ou mauvaise, les termes « burn-out », « dépression » etc. ne pouvaient être employés, ce qui a pu conduire à l'exclusion de certains articles pertinents pour cette revue de littérature.

Sélection des études

Le nombre de références retrouvées à partir de l'équation de recherche et des diverses bases de données était conséquent. Pour autant, la sélection en double aveugle a

finalement abouti à une faible proportion de références. Cela s'explique par les raisons citées ci-dessus concernant l'équation de recherche. De plus, beaucoup de références ont été exclues à cause de leur date de publication inférieure à 2009 et du fait qu'elles concernaient la santé des médecins toutes spécialités confondues, et non celle des médecins généralistes. En plus de cela, les références sélectionnées se sont avérées être exclusivement des thèses, ce qui engendrait un faible niveau de preuve scientifique.

Ce biais a été en partie diminué par la seconde recherche réalisée à partir de la bibliographie de ces thèses, ce qui a permis d'ajouter des articles à forte preuve scientifique. Cette recherche secondaire a néanmoins été réalisée en concertation entre les lectrices et non en double aveugle comme la première.

La première recherche retrouvait essentiellement des thèses d'exercice, ce qui engendrait un faible niveau de preuve scientifique. Pour autant, certaines d'entre elles obtenaient des scores élevés dû à une bonne qualité méthodologique.

Les résultats de ces scores restaient très subjectifs. C'est pourquoi ils ont été calculés dans un but purement indicatif, sans que cela n'influe sur les résultats ultérieurs. Aucune référence n'a donc été exclue, dans une volonté de rester exhaustif pour cette revue de littérature.

Années des études

La revue de littérature s'intéressait aux données sur la période allant de 2009 à 2019. Or, les articles sélectionnés lors de la deuxième recherche étaient publiés en moyenne entre 2009 et 2010. Les thèses sélectionnées lors de la première recherche étaient quant à elle en

moyenne publiées vers 2015 ce qui compensait un peu ce biais, mais comme expliqué ci-dessus, leur puissance était plus faible que celles des articles.

Analyse des résultats

Même si les médecins généralistes se disaient pour la plupart en bonne ou très bonne santé, ils étaient moins nombreux à faire cette déclaration, comparé aux professions intellectuelles supérieures et aux cadres dans l'étude de la DREES. En effet, chez les hommes, 88% des médecins généralistes de 35-44 ans, 83% des 45-54 ans et 74% des 55-64 ans se déclaraient en bonne ou très bonne santé contre respectivement 94%, 89% et 86% chez les hommes des professions intellectuelles ou les cadres. Même constat chez les femmes médecins généralistes avec 86% des 35-44 ans, 80% des 45-54 ans et 70% des 55-64 ans se déclarant en bonne ou très bonne santé contre respectivement 97%, 88% et 83% chez les femmes cadres ou de professions intellectuelles supérieures. Les médecins généralistes déclaraient être régulièrement fatigués deux fois plus que ces derniers (12, 15).

Concernant la souffrance psychologique, il y avait moins de médecins généralistes se disant en détresse psychologique, comparé à la population générale dans l'étude de la DREES de 2010. En effet, 10% des hommes de 45-54 ans se disait en détresse psychologique contre 15% dans la population active et 10% parmi les 55-64 ans contre 14% en population active. Chez les femmes, même constat, avec 20% des femmes de 45-54 ans contre 22% dans la population active et 20% des femmes de 55-64 ans contre 25% dans la population active. Cela s'inversait néanmoins pour les femmes de moins de 45 ans avec 18% de médecins généralistes en détresse psychologique contre 15% en population générale

(12). Pourtant, d'après les études, ces femmes de moins de 45 ans travaillaient moins longtemps que leurs homologues masculins. De nouvelles études comparatives sur la santé mentale des femmes médecins et hommes médecins permettraient d'éclaircir ce point.

Il existait également de grandes disparités selon les régions avec 17% des médecins bourguignons à déclarer être en souffrance psychologique contre 11% chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (18). Sauvegrain L. décomptait quant à elle 14% de médecins libéraux de Loire Atlantique atteints de syndrome anxiodépressif contre 6% dans la population générale (19).

Concernant la consommation de tabac, 15% des médecins généralistes étaient fumeurs actifs (dont 12% quotidiennement), contre 24% en population générale dans l'étude réalisée par l'URML Bourgogne. La consommation d'alcool était similaire à celle des cadres actifs qui s'élevait à 36% contre 31% des médecins généralistes (24).

En comparaison avec la population générale, la consommation de médicaments psychotropes était assez similaire chez les femmes, avec 24% de consommation chez les moins de 45 ans dans ces deux populations, 32% parmi les femmes généralistes de 45-54 ans contre 30% dans la population active et 26% parmi les femmes généralistes de 55-64 ans contre 31% en population générale. Les médecins généralistes hommes étaient eux, plus nombreux que ceux de la population générale à consommer des médicaments psychotropes, quel que soit leur âge, d'après l'étude de la DREES de 2010 (12).

Une auto-prescription et une auto-déclaration comme médecin traitant étaient des pratiques répandues. Ces phénomènes pouvaient sous-estimer les résultats concernant la déclaration de souffrance psychologique et de consommation de psychotropes. Les médecins

généralistes pouvaient également avoir plus de mal à admettre leur souffrance psychologique par rapport aux personnes exerçant une autre profession.

Concernant le temps de travail des médecins, une seule étude mettait en corrélation le score d'épuisement émotionnel avec le temps de travail, ce qui limitait la puissance de ce résultat. Un manque de données était également constaté concernant l'exercice salarial. De nouvelles recherches pourraient être intéressantes sur ce point.

Perspectives

Finalement, cette revue de littérature retrouve peu de résultats exploitables malgré le fait d'avoir utilisé un intervalle de temps important pour la sélection d'études. Les études datant des dernières années évoquent soit la santé des médecins toutes spécialités confondues, soit exclusivement la mauvaise santé mentale. Il semble y avoir un manque de données, et de nouvelles études centrées sur le médecin généraliste pourraient être intéressantes.

Quelques travaux commencent à être menés concernant la santé mentale des étudiants en médecine, et notamment une étude réalisée dernièrement par l'ISNAR ISNI publiée en 2017. Parmi les 21 768 étudiants et jeunes médecins interrogés, une proportion de 66.2% souffrait d'anxiété, 27.7% de dépression et 23.7% d'idées suicidaires. Comment cette situation peut s'améliorer en post internat, si déjà pendant les études, il existe autant de souffrance psychologique ? (32)

Cette revue de littérature interroge aussi sur la popularisation du travail en groupe. Le mode d'exercice seul va-t-il disparaître au profit de ce type d'exercice ? L'activité salariale peut-elle être une solution pour l'épanouissement professionnel des médecins généralistes ? Une étude publiée en mai 2019 par la DREES montrait que 81% des médecins de moins de 50 ans exerçaient en groupe contre 57% des 50-59 ans et 44% des plus de 60 ans. Il existait néanmoins de fortes disparités selon les régions avec 56% de médecins généralistes de Provence Alpes-Côte d'Azur travaillant en groupe contre 74% chez les médecins généralistes des Pays de la Loire (33).

Une étude publiée en 2017 a comparé l'exercice libéral et salarial des médecins généralistes. Il en ressortait des meilleurs scores dans tous les domaines concernant la qualité de vie (physique, mental, social, anxiété, dépression...) chez les médecins généralistes salariés. Une différence significative était d'ailleurs retrouvée concernant l'estime de soi, avec des scores plus élevés chez les salariés. Dans cette étude, les médecins généralistes salariés semblaient également mieux soutenus socialement (34).

Concernant les structures dédiées aux médecins en souffrance, l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants (AAPMS), ou bien l'association Soins aux Professionnels de la Santé (SPS) en sont des exemples. Quels sont les principaux motifs d'appel passés à ces associations ? Quelles aides concrètes y sont proposées ? Quelles solutions pourraient être proposées pour faire connaître ces structures des médecins généralistes et les amener à consulter ? De nouvelles études pourraient répondre à ces questions et ainsi contribuer à mettre en avant ces structures d'aides (35, 36, 37).

Au sujet de l'actualité, l'épidémie COVID 19 a-t-elle majorée la souffrance psychologique, et le cas échéant, dans quelle mesure ? Entre l'incertitude, l'angoisse, les réorganisations du cabinet et de l'activité, les demandes incessantes des patients, la vaccination, les diagnostics retardés, les examens annulés etc., personne n'a été épargné. Des répercussions sur la santé mentale des médecins généralistes sont-elles à attendre ? Une étude réalisée en Juin 2021 chez les médecins généralistes exerçant dans les Bouches-du-Rhône retrouvait 40% de médecins généralistes ayant des niveaux d'anxiété élevés ou très élevés pendant l'épidémie du COVID 19. Les facteurs de stress mentionnés lors de cette épidémie étaient les changements d'organisation du cabinet, le manque de données et donc l'impossibilité de répondre aux inquiétudes des patients, ainsi que les conditions de travail non satisfaisantes. Le ressenti général était un sentiment de solitude et de désorganisation durant cette crise (38).

Conclusion

Cette revue de littérature met en évidence une souffrance psychologique répandue chez les médecins généralistes. Une part non négligeable était en proie au burn-out et consommait des psychotropes qui pour la plupart étaient auto-prescrits. Les médecins à risque de burn-out consommaient plus de tabac, d'alcool et de psychotropes que les médecins non menacés par le burn-out et décrivaient cette consommation comme un moyen pour lutter contre le stress.

Il existait de nombreux facteurs de risque de santé mentale : le temps de travail, la charge administrative, le manque de temps libre, l'exercice seul en cabinet, les exigences croissantes des patients et la difficulté à accepter d'être en arrêt de travail. A contrario, travailler en groupe, avoir une activité médicale diversifiée, être organisé, avoir une bonne

hygiène de vie et le soutien de ses proches étaient cités comme protecteurs pour le médecin généraliste.

Les systèmes d'aides dédiés aux médecins généralistes en difficulté étaient quant à eux trop souvent méconnus ou insuffisamment mis en avant.

La souffrance psychologique semblait déjà présente lors des études des médecins généralistes. Peut-être faudrait-il envisager des solutions dès l'internat ? De plus, la crise COVID 19 a pu avoir un impact sur la santé mentale des médecins généralistes. Comment en tirer des leçons pour le futur ?

BIBLIOGRAPHIE

1. La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Aulagnier O, Paraponaris S-S, Ventelou V. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. :8. Disponible sur : <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12796/1/er610.pdf>
3. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. Saint-Denis: INPES éd.; 266 p. (Baromètres santé). Disponible sur: http://peidd.fr/IMG/pdf/Barometre_Sante_medecins_generalistes_2011.pdf
4. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La Presse Médicale. 1 déc 2004;33(22):1569-74. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498204989944>
5. Van Ingen F. Les médecins malades du stress. Impact-Médecine. 16 déc 2002.
6. Gleizes M. Evaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes, en Haute Garonne et à Paris » Thèse de Médecine Dr Gleizes. 2002.
7. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). AJP. 1 déc 2004;161(12):2295-302. Disponible sur : <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>
8. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
9. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 1 mars 2019;246:132-47. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718314873>
10. Villot R. Prévalence du burnout en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles [Internet]. Paris V; 2007. Disponible sur: <https://www.sentiweb.fr/document/734>

11. Mouries DR. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives [Internet]. 2007 juin p. 59. Disponible sur: https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
12. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. juin 2010 [cité 28 avr 2021];(731). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er731.pdf>
13. Koziarek-Benham R, Fraignac H, Université de Picardie. La santé des médecins généralistes du département de l'Oise. [S.I.]: [s.n.]; 2009. Disponible sur : <https://www.worldcat.org/search?q=no%3A690657602>
14. Jacquot L, Farge T, Université Claude Bernard (Lyon). La santé des médecins généralistes de Haute-Savoie: étude qualitative auprès des médecins. [S.I.]: [s.n.]; 2015. Disponible sur : <https://www.worldcat.org/search?q=no%3A908685413>
15. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/442/1>.
16. Romanet A. Le médecin généraliste et sa santé: un parcours de soin approprié? Étude qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Internet]. Nice; 2015 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297104>
17. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire. juin 2010 [cité 28 avr 2021]; Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2010_PDF/2010_p1v4_mg_vie_prof_ve_cu_travail_etat_sante.pdf
18. URML Bourgogne. Burn-out des médecins bourguignons : l'enquête qui dit tout. Juin 2010 [cité 28 avr 2021]; Disponible sur: <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/10/urmlcp0610bret3.pdf>
19. Léopoldine S. Enquête sur la santé et les besoins en santé des médecins libéraux de Loire-Atlantique [Internet]. [[Lieu de publication inconnu]]: Nantes; 2016. Disponible sur: <https://nantilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/PPN19467939X>
20. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville: prévalence et déterminants. Sante Publique. 1 oct 2009;Vol. 21(4):355-64. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.html>

21. Machuelle PL. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ? [Internet]. Henri Warembourg; 2015. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4920ec4c-4b5b-4c69-8651-821ecf82f72f>
22. Dutour J, Verfaillie F, Université de Picardie Jules Verne. La santé des médecins généralistes: influence du mode d'exercice : enquête postale auprès de 151 médecins généralistes picards. [S.I.]; [s.n.]; 2010. Disponible sur : <https://www.worldcat.org/search?q=no%3A793143544>
23. Berger C. Motivations et Obstacles au Comportement de Prévention des Médecins Généralistes envers leur propre Santé [Internet]. Poitiers; 2016 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/2b7440d3-b7fd-4527-9f33-88943175aa27>
24. Bonnet C, Lemery B, Aubry C, Colin C. Le panel de médecins généralistes en Bourgogne. juin 2010 [cité 28 avr 2021];(4). Disponible sur: <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/10/PANEL-BURN-OUT.pdf>
25. JAKOUBOVITCH S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. mars 2012 [cité 28 avr 2021];(797). Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2012_panel_mg_enr797.pdf
26. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;8. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
27. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Després P, Aubry C, Colin C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. Revue française des affaires sociales. 16 déc 2011;(2):29-47. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2-page-29.htm>
28. Micheau J, Molière E, Sens P. L'emploi du temps des médecins libéraux. n L [Internet]. 2010;(15). Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13387/1/article201015.pdf>
29. CARMF. De quelles affections souffrent les médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès ? [Internet]. Site internet de la CARMF. 2019 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffresstats/2019/nature-affections.htm>
30. Kasmi I. Impact des maisons de santé pluridisciplinaires dans la vie et la pratique des médecins généralistes en Normandie orientale. Rouen; 2018. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01901674/document>

31. Ericka G. Les centres de santé: une réponse aux attentes professionnelles des jeunes médecins? [Internet]. [[Lieu de publication inconnu]]: [éditeur inconnu]; 2015. Disponible sur: <https://nutilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/PPN191647950>
32. ISNAR, ISNI, ANEMF, ISNCCA. Enquête santé mentale jeunes médecins. 13 juin 2017; Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/ESMJM_Dossier_de_presse.pdf
33. DREES. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. mai 2019 [cité 2 sept 2021];(1114). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/er1114.pdf>
34. LEMAIGNAN E. La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes? [Internet]. 2017 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.centres-sante-auvergnerhonealpes.org/production/wp-content/uploads/2017/06/Th%C3%A8se-E.LEMAIGNAN-QdV-des-MG.pdf>
35. MACSF. Un dispositif national d'aide pour les soignants en souffrance. 3 déc 2018 [cité 7 août 2021]; Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/psya-cellule-ecoute-medecins>
36. Med'Aide. Structures d'aide [Internet]. [cité 7 août 2021]. Disponible sur: <https://medaide.urps-ml-paca.org/structures-daide/>
37. Association SPS. Association Soins aux Professionnels de la Santé [Internet]. [cité 7 août 2021]. Disponible sur: <https://www.asso-sps.fr/index.html>
38. Luzet J, Beltran Anzola A, Gilibert M, Tosello B, Gire C. General practitioners' experiences during the Covid-19 epidemic in the Bouches-du-Rhône department: Anxiety, impact on practice and doctor-patient relationship. La Presse Médicale Open. 1 juin 2021;2:100016. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590250421000107>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux PRISMA-P, traduction française originale du diagramme de flux PRISMA 2009	23
Figure 2 : Diagramme de flux PRISMA-P avec ajout de bibliographie, traduction française originale du diagramme de flux PRISMA 2009	28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Tableau d'extraction des données	25
Tableau II : Tableau d'extraction des données des neuf articles	27

TABLE DES MATIERES

RESUME	13
INTRODUCTION	15
MÉTHODES	19
1. Stratégie de recherche.....	19
2. Sélection des études	19
3. Score de concordance	20
4. Analyse des données.....	20
RÉSULTATS	22
1. Sélection des références	22
2. Evaluation du degré d'accord entre les lectrices	24
3. Description des études.....	24
4. Approfondissement de la bibliographie	27
5. Score de qualité des études	29
6. Santé mentale des médecins généralistes	30
6.1. Perception de la santé des médecins généralistes	30
6.2. Evaluation et conséquences de la souffrance psychologique	31
6.2.1. Souffrance psychologique chez les médecins généralistes.....	31
6.2.2. Souffrance psychologique et « Burn-out »	32
6.2.3. Prise en charge médicamenteuse et psychothérapie	33
6.3. Evaluation des addictions au travers du tabac et de l'alcool	35
6.3.1. Consommation de tabac	35
6.3.2. Consommation d'alcool	35
6.3.3. Lien entre consommation de tabac et d'alcool et burn-out	36
7. Facteurs influençant la santé mentale	37
7.1. Facteurs de risque :	37
7.1.1. Temps de travail	37
7.1.2. Charge de travail administrative	38
7.1.3. Diversité des emplois du temps	39
7.1.4. Mode d'exercice	41
7.1.5. Lieu d'exercice	41
7.1.6. Disparité selon âge et sexe	42
7.1.7. Equilibre entre vie professionnelle/vie personnelle	43
7.1.8. Exigence de la patientèle et image sociétale	44
7.1.9. Difficultés d'acceptation de l'arrêt de travail	46
7.2. Facteurs protecteurs :	47
7.2.1. Mode d'exercice	47
7.2.2. Diversité de l'activité	48
7.2.3. Personnalité et hygiène de vie	49
7.2.4. Organisation de l'activité professionnelle	49
7.2.5. Connaissance des systèmes d'aide existants	50
DISCUSSION ET CONCLUSION	52

Points forts de l'étude.....	52
Points faibles de l'étude.....	53
Equation de recherche	53
Sélection des études	53
Années des études	54
Analyse des résultats.....	55
Perspectives.....	57
Conclusion.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
LISTE DES FIGURES	65
LISTE DES TABLEAUX.....	66
TABLE DES MATIERES	67
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe I : Echelle de Maslach Burn-out Inventory

Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec : 0 = Jamais, 1 = Quelques fois par an, au moins, 2 = Une fois par mois au moins, 3 = Quelques fois par mois, 4 = Une fois par semaine, 5 = Quelques fois par semaine, 6 = Chaque jour

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

Total du Score d'Epuisement Professionnel (SEP)

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

SEP =

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

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

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

SD =

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

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

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

SAP =

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

Annexe II : Calcul du taux de concordance (Kappa de Cohen)

Etape 1 : A la lecture des titres et résumés

	OUI (s)	NON(s)	TOTAL
OUI (a)	21	14	35
NON(a)	7	382	389
TOTAL	28	396	424

Po	0.95	(Pourcentage brut d'accords)
Pe	0.86	(Facteur de correction)
k	0.64	(Valeur corrigée = kappa)

Etape 2 : A la lecture du texte intégral

	OUI (s)	NON (s)	TOTAL
OUI (a)	8	2	10
NON (a)	0	32	32
TOTAL	8	34	42

Po	0,952	(Pourcentage brut d'accords)
Pe	0,66	(Facteur de correction)
k	0,858	(Valeur corrigée = kappa)

Annexe III : Score de qualité des études quantitatives (échelle STROBE)

	Enquête sur la santé et les besoins en santé des médecins libéraux de Loire-Atlantique	La santé des médecins généralistes du département de l'Oise	La santé des MG. Influence du mode d'exercice. Enquête postale auprès de 151 médecins généralistes Picards.	Les emplois du temps des médecins généralistes	Santé physique et psychique	Burn-out des médecins bourguignons : l'enquête qui dit tout	Enquête sur la santé physique et psychique des médecins bourguignons	Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire	La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux	Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants
ITEM 1	O	O	O	N	O	N	N	O	N	O
ITEM 2	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
ITEM 3	O	N	O	O	N	O	O	O	O	O
ITEM 4	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
ITEM 5	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O
ITEM 6	O	O	O	O	N	N	N	N	O	O
ITEM 7	O	N	O	O	N	N	N	N	N	O
ITEM 8	O	N	O	O	N	N	N	N	N	O
ITEM 9	O	N	N	O	N	N	N	N	N	O
ITEM 10	O	O	O	N	N	N	N	N	O	N
ITEM 11	O	O	O	O	N	N	N	O	O	O
ITEM 12	O	N	O	O	N	N	N	N	N	O
ITEM 13	O	O	O	N	N	N	N	N	N	N
ITEM 14	O	O	O	N	O	N	N	N	O	O
ITEM 15	N	O	O	N	N	N	N	N	O	O
ITEM 16	N	N	O	N	N	N	N	N	N	O
ITEM 17	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N
ITEM 18	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
ITEM 19	O	O	O	N	N	N	N	N	N	O
ITEM 20	O	O	O	N	N	N	N	N	O	O
ITEM 21	N	O	O	N	N	N	O	N	N	O
ITEM 22	N	N	O	O	N	N	O	O	O	O
SCORE	17/22 =77.2 7%	14/22 = 63.63 %	20/22 90.90 %	13/22 =59 .0 9%	6/22= 27.27 %	4/22= 18.18 %	7/22= 31.82 %	8/22= 36.36 %	12/22 =54.55 %	19/22 =86.36 %

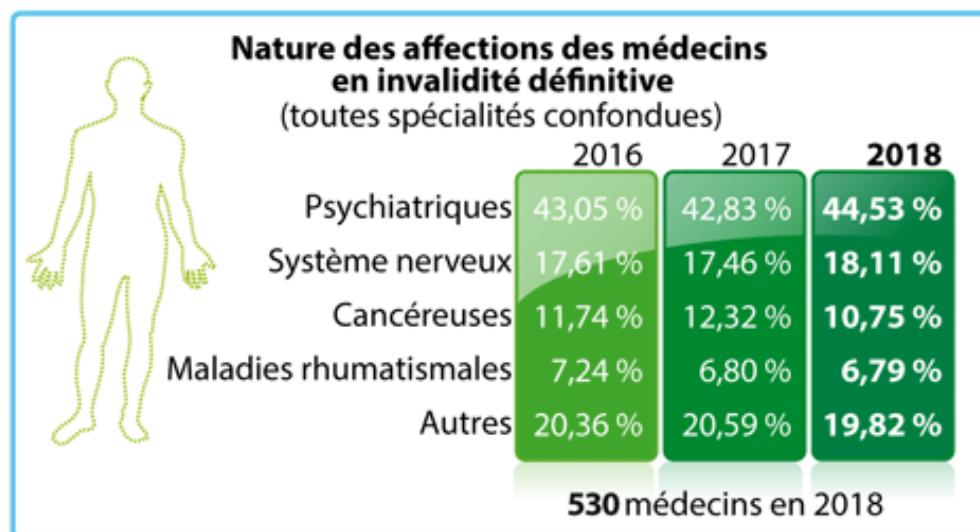
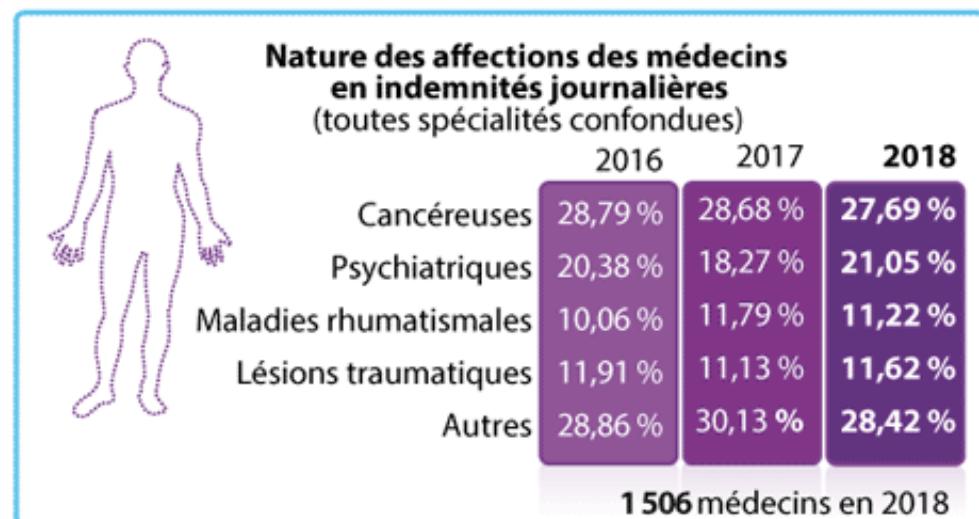
Annexe IV : Score de qualité des revues de la littérature (Echelle PRISMA-P)

	La santé des médecins généralistes libéraux français : à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013	Le temps de travail des médecins généralistes
ITEM 1	N	N
ITEM 2	O	N
ITEM 3	O	O
ITEM 4	O	O
ITEM 5	N	N
ITEM 6	O	O
ITEM 7	O	O
ITEM 8	O	N
ITEM 9	O	O
ITEM 10	N	N
ITEM 11	N	N
ITEM 12	N	N
ITEM 13	N	N
ITEM 14	N	N
ITEM 15	O	O
ITEM 16	N	N
ITEM 17	N	N
ITEM 18	N	O
ITEM 19	N	N
ITEM 20	N	N
ITEM 21	N	N
ITEM 22	N	N
ITEM 23	N	N
ITEM 24	O	O
ITEM 25	O	O
ITEM 26	O	N
ITEM 27	N	N
SCORE	8/27=29.63%	9/27= 33,33%

Annexe V : Score de qualité des études qualitatives (Echelle COREQ)

	Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ?	Impact des maisons de santé pluridisciplinaires dans la vie et la pratique des médecins généralistes en Normandie orientale	Le médecin généraliste et sa santé : un parcours de soin approprié ? Étude qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Alpes-Maritimes	"Les centres de santé : une réponse aux attentes professionnelles des jeunes médecins ?"	Motivations et Obstacles au Comportement de Prévention des Médecins Généralistes envers leur propre Santé : Enquête en Vienne auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés	La santé des médecins généralistes de Haute-Savoie : étude qualitative auprès de 14 médecins	L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail
ITEM 1	O	N	O	O	O	O	N
ITEM 2	O	N	O	O	O	O	N
ITEM 3	O	N	O	N	N	O	N
ITEM 4	O	N	O	N	O	O	N
ITEM 5	N	N	N	N	N	N	N
ITEM 6	O	N	O	N	O	O	N
ITEM 7	O	N	O	O	O	O	N
ITEM 8	O	N	O	O	O	O	N
ITEM 9	O	O	O	O	O	O	O
ITEM 10	O	N	O	O	O	O	O
ITEM 11	O	N	O	O	O	O	O
ITEM 12	O	O	O	O	O	O	O
ITEM 13	N	N	O	O	O	N	O
ITEM 14	O	O	O	O	O	O	O
ITEM 15	O	N	O	O	O	O	N
ITEM 16	O	O	O	O	O	O	O
ITEM 17	O	N	O	O	O	O	O
ITEM 18	N	N	N	N	N	N	N
ITEM 19	O	O	O	O	O	O	N
ITEM 20	O	N	N	O	N	O	N
ITEM 21	O	O	O	O	O	N	N
ITEM 22	O	O	O	O	O	O	N
ITEM 23	N	N	N	N	N	N	N
ITEM 24	O	N	N	N	O	N	N
ITEM 25	O	N	N	N	N	N	N
ITEM 26	O	O	N	N	O	O	O
ITEM 27	O	O	O	N	O	N	N
ITEM 28	N	N	N	N	N	N	N
ITEM 29	O	O	O	O	O	O	N
ITEM 30	O	O	O	O	O	O	O
ITEM 31	O	O	O	O	O	O	O
ITEM 32	N	N	N	O	N	N	N
SCORE	26/32=81.25	12/32= 37.5	23/32= 71.88	21/32 = 65.63	24/32=75%	22/32=68.75%	11/32= 34,38%

Annexe VI : Nature des affections des médecins d'après la CARMF



RÉSUMÉ

CORNÉE Sarah, RABOUILLE Anne

Santé mentale des médecins généralistes ambulatoires en France : Revue systématique de la littérature de 2009 à 2019

Introduction : L'objectif de ce travail était de faire l'état des lieux de la santé mentale des médecins généralistes ambulatoires en France de 2009 à 2019. Les objectifs secondaires étaient de repérer les facteurs de risques et protecteurs de cette santé mentale.

Méthode : Une revue systématique de littérature a été réalisée, suivant la méthodologie PRISMA-P. Les bases de données PUBMED, CAIRN, COCHRANE, CISMEF, SUDOC, SCIENCE DIRECT, PSYCHARTICLES ont été explorées. La sélection des études et l'extraction des résultats ont été réalisées par deux chercheuses, de manière indépendante.

Résultats : La sélection a permis d'inclure 19 références. La sélection initiale retrouvait 10 études dont 6 qualitatives, 3 observationnelles et 1 revue de littérature. Une deuxième sélection à partir de la bibliographie de ces études a permis d'ajouter 9 articles. La synthèse des données a mis en évidence une souffrance psychologique et un burn-out répandus chez les médecins généralistes. Les consommations de tabac, d'alcool et de médicaments psychotropes étaient augmentées chez les médecins généralistes menacés par le burn-out. De nombreux facteurs de risque étaient retrouvés concernant la santé mentale comme le temps de travail, la charge administrative, la difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle, le mode d'exercice seul en cabinet, les exigences des patients. Il existait également des facteurs protecteurs comme le fait de travailler en groupe, d'avoir une activité diversifiée avec une participation aux formations ou aux groupes d'échanges de pratique, le soutien des proches.

Conclusion : Les médecins étaient nombreux à se déclarer en bonne ou très bonne santé mais cela restait inférieur aux déclarations des cadres ou des professions supérieures. La souffrance psychologique était répandue, mais elle semblait inférieure à celle déclarée en population générale, et la consommation de psychotropes semblait identique, sauf chez les hommes généralistes qui en consommaient plus. Ces constats étaient à temporiser devant une auto-déclaration en tant que médecin traitant et une auto-prescription répandues, pouvant sous-estimer ces déclarations. Devant un manque de données récentes, de nouvelles études centrées sur le médecin généraliste et sa santé mentale seraient à envisager.

Mots-clés : santé mentale, santé psychique, médecins généralistes.

Ambulatory and general practitioners' mental health in France: a systematic literature review from 2009 to 2019

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this paper is to provide a situational analysis on ambulatory and general practitioners' mental health in France from 2009 to 2019. A subsidiary objective was to identify both risk factors and protective factors of said mental health.

Method: A systematic literature review was conducted following the PRIMA-P methodology. The databases PUBMED, CAIRN, COCHRANE, CISMEF, SUDOC, SCIENCE DIRECT, PSYCHARTICLES have been explored. Two different and independent researchers were involved in selecting studies and extracting their results.

Results: The selection allowed us to include 19 references. The initial screening gathered 10 studies which included 6 qualitative ones, 3 observational ones and 1 literature review. A second screening from these studies' bibliography provided 9 more articles. The data synthesis brought out a widespread suffering of mental distress and burnout among general practitioners. The use of tobacco, alcohol and psychotropic drugs were higher among those threatened by burnout. Numerous risk factors were found concerning mental health such as work time, administrative burden, a difficulty to reconcile professional and personal life, working alone in the practice and patients' demands. There were also protective factors such as working with a group, having a diverse activity with a participation in formations or in practice groups and the support of loved ones.

Conclusion: Many practitioners were found in excellent or very good health but they remained less numerous than senior executives or people in higher positions. A psychological suffering was widespread but it seemed inferior to the one observed in the overall population, the use of psychotropic drugs seemed similar, except for male practitioners who used more. These observations were delayed with abundant self-declaration as a general practitioner and self-prescription, which could underestimate those statements. In light of a lack of recent data, new studies focused on general practitioners and their mental health are to be considered.

Keywords : mental health, psychological health, general practitioners.