



**HAL**  
open science

## Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire

D. Truchot

► **To cite this version:**

D. Truchot. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2009, 167 (6), pp.422. 10.1016/j.amp.2009.03.018 . hal-00562279

**HAL Id: hal-00562279**

**<https://hal.science/hal-00562279>**

Submitted on 3 Feb 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Accepted Manuscript

Title: Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire

Author: D. Truchot

PII: S0003-4487(09)00149-8  
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.03.018  
Reference: AMEPSY 1033

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Received date: 13-8-2008  
Accepted date: 20-3-2009

Please cite this article as: Truchot D, Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire, *Annales médico-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.03.018

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.



*Mémoire***Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire****The burnout syndrome among GPs: Influence of perceived inequity and communal orientation****D. Truchot**

Didier Truchot, Laboratoire de Psychologie EA 3188, Université de Franche-Comté, 30-32, rue Mégevand, 25030 Besançon Cedex, France

Tél. : 06 84 49 64 31

Adresse e-mail : [didier.truchot@univ-fcomte.fr](mailto:didier.truchot@univ-fcomte.fr)

Texte reçu le 5 septembre 2008 ; accepté le 10 novembre 2008

L'auteur tient à remercier l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne pour son soutien financier et logistique au cours de la réalisation de cette recherche.

**Résumé**

Même si les données sur le sujet sont relativement rares, les quelques travaux disponibles indiquent que les médecins généralistes sont particulièrement exposés au syndrome d'épuisement professionnel, le burn-out. Dans cette recherche, nous nous sommes intéressés à une cause potentielle de ce syndrome : les relations difficiles avec les patients. En nous basant sur la théorie de l'équité, nous faisons l'hypothèse que les relations perçues comme inéquitables avec les patients sont sources de burn-out. Une seconde hypothèse prédit qu'une variable intra-individuelle, l'orientation communautaire, aura un effet modérateur sur le burn-out en cas d'iniquité perçue. Notre recherche porte sur un échantillon de 259 médecins généralistes qui ont renseigné un questionnaire. Les résultats indiquent un degré particulièrement élevé de burn-out. Par ailleurs, 52 % des participants se perçoivent sous-bénéficiaires dans leurs relations avec les patients. Les analyses de variance indiquent, conformément à nos prédictions, que 1) l'iniquité perçue est bien associée à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation, les dimensions centrales du burn-out ; 2) l'orientation communautaire a un effet modérateur sur le burn-out en cas d'iniquité perçue.

*Mots clés* : Burn-out ; Iniquité perçue ; Médecins généralistes ; Orientation communautaire

**Abstract**

Several studies suggest that general practitioners are among the professional groups particularly exposed to burnout. However, to date, only a few studies have investigated the causes of this psychological syndrome among GPs. In the present study, we hypothesized that a perceived lack of reciprocity in relationships with patients impinges on GPs' burnout. Indeed, some scholars have pointed out that establishing reciprocal relationships at work is essential for the individual's well being. According to equity theory, people pursue a balance between their investments in and the rewards gained from their work, such that their own investment/reward ratio is the same as that of similar others. Disturbance of this balance is expected to result in a variety of negative outcomes. Therefore, it was hypothesized that the lack of reciprocity in relationships with patients will be linked to burnout among GPs. However, in situations of perceived inequity, the individual characteristic of communal orientation (i.e., a desire to give benefits in response to the perceived needs of others), has been found to buffer burnout. We therefore expected a moderating effect of communal orientation on burnout among GPs who were high in communal orientation and who perceived their relationships with patients as inequitable.

A sample of 259 GPs (Response rate = 52%) completed a questionnaire designed to evaluate perceived inequity, communal orientation, and burnout. Perceived inequity was measured using Adam's formula. Communal orientation was measured using the French version of the scale elaborated by Clarks, Ouellette, Powell, & Milberg. Burnout was measured using the Maslach Burnout Inventory. Our results revealed a high prevalence of burnout in our sample. Furthermore, we observed that the majority of GPs (52.4 %), felt underbenefited in their relationships with patients. And, as predicted, Analysis of Variance (ANOVA) confirmed that when they perceived their relationships with patients as inequitable, in particular when they experienced feeling of being underbenefited, general practitioners were more vulnerable to burnout. We also observed, as expected, a moderating effect of communal orientation on burnout in situations of perceived inequity. Therefore, this study confirmed that equity enhances our understanding of the influence of relationships with patients on the burnout of GPs.

*Keywords:* Burnout; Communal Orientation; GPs; Perceived Inequity

## 1. Introduction

Bien que la littérature sur le sujet soit peu abondante, plusieurs recherches indiquent que les médecins généralistes sont frappés du syndrome d'épuisement professionnel, le burn-out [5,12,14,15,22,29,33,39]. Maslach et Jackson [18, p. 1] définissent le burn-out comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». *L'épuisement émotionnel* réfère au manque d'énergie, aux sentiments dysphoriques. Le professionnel est « vidé nerveusement », a perdu toute motivation pour son travail. Les recherches empiriques ont montré le rôle central de l'épuisement émotionnel : c'est la dimension la plus sensible aux stressors de l'environnement de travail et c'est avec elle que s'enclenche le burn-out [26]. La *dépersonnalisation* représente la dimension interpersonnelle du burn-out. L'individu ne se sentant plus concerné par son travail dresse une barrière qui l'isole de ses patients et de ses collègues. La dépersonnalisation renvoie donc au développement d'attitudes impersonnelles, détachées, voire cyniques et stigmatisantes envers les personnes dont on s'occupe (patients, etc.). On considère qu'elle est un mécanisme (mal adapté) permettant de faire face à l'épuisement des ressources internes en mettant à distance les récipiendaires de l'aide, voire en rendant leurs demandes illégitimes. Cette attitude permet de s'adapter à l'effondrement de l'énergie et de la motivation. Enfin, la *réduction de l'accomplissement personnel* renvoie à la diminution de l'estime de soi, du sentiment d'auto-efficacité, le professionnel ne s'attribuant plus la capacité à répondre aux exigences de son travail. Toutefois, les recherches actuelles amènent aujourd'hui certains auteurs à considérer cette troisième dimension comme une caractéristique personnelle et non plus comme un aspect du burn-out [4,27].

Le burn-out a des conséquences négatives pour la santé du professionnel. Chez les médecins généralistes il est par exemple associé à des conduites addictives [6]. Il a aussi des conséquences négatives pour la relation de soins. En effet, les médecins atteints de burn-out répondent moins aux questions des patients, les négligent davantage, ne discutent pas les différentes options de traitement et commettent des erreurs qu'on ne peut attribuer à leur manque de connaissance ou d'expérience [25]. Comprendre l'origine du burn-out des médecins généralistes revêt donc des aspects théoriques et pratiques importants. Au cours de cette recherche nous nous intéresserons à une des causes potentielles du burn-out, l'iniquité relationnelle avec les patients. Nous chercherons par ailleurs à tester l'effet modérateur d'une caractéristique individuelle, l'orientation communautaire.

## 2. Difficultés relationnelles avec les patients et burn-out

Apporter de l'aide à autrui figure parmi les motivations qui conduisent à choisir la carrière de médecin [1]. Avoir des relations réussies avec les patients est perçu comme une gratification personnelle et professionnelle [19,20]. De plus, les tensions inhérentes au travail (*e.g.*, amplitude horaire, confrontation avec la souffrance) sont compensées par un sentiment élevé d'utilité sociale. Toutefois, au cours des dernières années, le travail de médecin généraliste s'est considérablement transformé. Les soins médicaux sont de plus en plus perçus comme une commodité et, parallèlement, la relation avec le patient est passée d'une relation de confiance à une relation contractuelle. La diffusion des connaissances médicales amène les patients à jouer un plus grand rôle dans le diagnostic et le traitement [16]. Par conséquent, le rôle du médecin est de plus en plus démythifié [10, 21] et son autorité se voit menacée [7]. De plus, les attentes initiales relatives aux relations réussies avec les patients sont souvent déçues. Les recherches empiriques montrent que nombre de médecins généralistes se plaignent des attitudes non coopérantes, des comportements d'incivilité, de l'agressivité des patients. Par exemple, Hobbs [13] a trouvé auprès d'un échantillon de 1 100 généralistes britanniques que 63 % d'entre eux ont subi une forme d'agression au cours des 12 derniers mois. Dans une recherche menée aux Pays-Bas [33], 25 % des médecins indiquent avoir rencontré une situation de menace physique au cours de l'année précédente. Autrement dit, les relations avec les patients pourraient être une source importante de tensions. D'ailleurs, depuis les premières recherches sur le sujet, les relations difficiles, exigeantes émotionnellement, ont été considérées comme une cause majeure de burn-out [17].

Mais quels mécanismes relient ces relations difficiles au burn-out ? Différents auteurs ont avancé qu'un des processus psychologiques expliquant l'impact des relations professionnelles difficiles sur le burn-out est le déséquilibre perçu au cours de ces relations (pour une revue, voir [23]). Ces auteurs tirent leur raisonnement de la théorie de l'équité [2,37]. D'après cette théorie, les individus évaluent leurs relations avec autrui, qu'il s'agisse d'une personne ou d'un groupe, en termes d'investissements et de bénéfices. Les investissements sont représentés par ce que chacun apporte à la relation. Ils peuvent prendre la forme de contributions concrètes, par exemple une aide matérielle, mais également de contributions psychologiques comme des efforts, de la patience, des compétences, de l'expérience professionnelle, etc. Les bénéfices sont représentés par ce que chacun retire de la relation. Tout comme les investissements, ils peuvent être matériels (*e.g.*, salaire) mais également psychologiques : gratitude, reconnaissance, renforcement du sentiment d'efficacité, etc. Pour la théorie de l'équité, les individus déterminent l'équité d'une relation en comparant

le rapport de leurs bénéfices sur leurs investissements avec le rapport des bénéfices sur les investissements d'autrui. Une relation sera perçue comme équitable, et donc source de bien-être, lorsque ce rapport est égal pour chaque participant. Ainsi Adams [2] définit l'équité entre deux individus A et B par l'équation suivante :  $OA / IA = OB / IB$ , OA et OB représentant les bénéfices de chaque individu et IA et IB leurs investissements. Autrement dit, l'évaluation d'une situation comme équitable ou non suppose un processus de comparaison sociale et cette évaluation dépend du référent de comparaison. Au travail, il peut s'agir d'une personne ou d'un groupe pertinents à un moment donné. Il est évident que pour les médecins généralistes, les patients représentent des autres de comparaison saillants.

Une des prédictions majeures de la théorie de l'équité est que si les individus perçoivent leur relation comme s'écartant de l'équité, ils ressentiront de la détresse. Plus précisément, deux situations s'écartent du principe d'équité. D'abord, quand les individus perçoivent que le rapport de leurs bénéfices sur leurs investissements est plus faible que celui du sujet (ou du groupe) de comparaison. Dans ce cas ils se sentent sous-bénéficiaires (ou sur-contributeurs). Ils ressentiront des émotions proches de la colère. Ensuite, quand ils perçoivent le rapport de leurs bénéfices sur leurs investissements comme étant supérieur à celui d'autrui. Dans ce cas, ils se sentiront surbénéficiaires (ou sous-contributeurs) et éprouveront de la culpabilité. En d'autres termes, la théorie de l'équité prévoit une relation curvilinéaire (selon une courbe en U) entre équité et bien-être au travail. Toutefois, elle prévoit aussi que les individus éprouveront un plus grand mal-être en situation de sous-bénéfice qu'en situation de surbénéfice.

Bien entendu, l'asymétrie est une caractéristique essentielle de la relation de soins : l'un donne tandis que l'autre reçoit. Certes, en contrepartie, les investissements du médecin sont compensés par ses honoraires. Toutefois, le médecin peut percevoir qu'il met beaucoup d'énergie dans la relation et qu'il ne recueille que peu de considération en retour. Il peut donc faire l'expérience du manque de réciprocité dans sa relation avec les patients. Il s'attend à ce que les patients fassent des efforts pour améliorer leur santé, soient observants, montrent du respect et de la gratitude. S'ils sont présents, ces attitudes et comportements représentent un gain qui vient compenser les investissements fournis. Mais comme nous l'avons vu plus haut, les comportements de nombreux patients pourraient engendrer un sentiment de déséquilibre relationnel et finalement, sur le long terme, de détresse psychologique.

Effectivement, plusieurs recherches récentes ont montré que le manque de réciprocité dans la relation avec les patients engendre du burn-out à la fois chez des infirmières [24,30] et chez des médecins spécialistes hospitaliers [28]. Il existe également deux études, l'une

transversale [33], l'autre longitudinale [3], qui trouvent des résultats identiques chez les médecins généralistes néerlandais. Toutefois, une limitation de ces deux études est la façon dont les auteurs mesurent l'équité. Ils utilisent trois items qui évaluent uniquement dans quelle mesure les médecins perçoivent un équilibre entre leurs propres investissements et leurs propres bénéfices sans tenir compte de la comparaison avec les investissements et bénéfices qu'ils perçoivent chez les patients. D'ailleurs, ces auteurs adressent eux-mêmes une critique à leur méthode en suggérant à l'avenir d'utiliser une mesure de l'équité qui évalue séparément les investissements et les gains de chacun et de calculer ensuite un rapport pour le manque de réciprocité. Dans la présente recherche, la première portant sur le lien entre équité et burn-out chez les médecins français, nous avons utilisé une mesure de l'équité qui évalue effectivement la façon dont les médecins perçoivent leurs propres investissements et bénéfices ainsi que ceux de leurs patients. Une telle opérationnalisation est plus en accord avec la théorie de l'équité qui insiste sur la comparaison avec autrui.

### **3. L'orientation communautaire**

Pour Van Yperen [34,36], une caractéristique individuelle, l'orientation communautaire, a un effet modérateur sur le burn-out dans les situations d'iniquité perçue. La notion d'orientation communautaire, est une construction psychologique forgée par Clark et ses collaborateurs [8,9]. D'après ces auteurs, les individus caractérisés par une orientation communautaire élevée (vs. faible) souhaitent recevoir et donner de l'aide non pas en fonction de considérations d'échange, ou de réciprocité, mais en réponse aux besoins des autres et à cause de l'inquiétude qu'ils ressentent vis-à-vis d'eux. Clark, Ouellette, Powell and Milberg [9] ont démontré expérimentalement que l'orientation communautaire élevée conduit à fournir davantage d'aide à autrui. De plus, ces individus se tiennent plus informés des besoins d'autrui quand celui-ci ne peut retourner l'aide apportée [9]. Ils pourraient par conséquent être moins sensibles à la perception de l'iniquité. C'est ce qu'ont démontré Van Yperen, Buunk et Schaufeli [36], Van Yperen [34], Truchot et Deregard [30] auprès d'infirmières. Dans ces trois recherches, en cas d'iniquité perçue dans la relation avec les patients, l'orientation communautaire a un effet modérateur sur le burn-out. Toutefois à ce jour, l'effet modérateur de l'orientation communautaire n'a jamais été testé auprès de médecins généralistes. Dans une seule publication [28], les auteurs ont testé cet effet auprès de médecins, mais il s'agit de spécialistes hospitaliers et non de généralistes. Et ces auteurs ne vérifient pas l'effet modérateur de l'orientation communautaire.

#### 4. Questions de recherche et hypothèses

Un premier objectif de notre recherche était d'évaluer le niveau de burn-out de médecins généralistes français. On s'attend à ce qu'il soit particulièrement élevé. Un second objectif était de tester les deux hypothèses suivantes : 1) L'iniquité perçue dans la relation avec les patients sera associée positivement au burn-out. 2) En cas d'iniquité perçue dans la relation avec les patients, l'orientation communautaire aura un effet modérateur sur le burn-out.

#### 5. Méthode

##### 5.1. Participants et procédure

Un échantillon de médecins généralistes d'une région administrative française a reçu un questionnaire accompagné d'une enveloppe « T » pour le retour. Une lettre d'accompagnement expliquait dans les grandes lignes les objectifs de ce travail. Au total 259 questionnaires ont été retournés (taux de réponse = 52%). L'échantillon comprend 75 % d'hommes. La moyenne d'âge est de 47.1 ans avec une étendue de 30 à 65 ans (e-t = 6.4). La durée moyenne d'ancienneté professionnelle est de 18 ans (e-t = 6.8 ans)

##### 5.2. Mesures

Le burn-out a été mesuré avec la version française du Maslach Burnout Inventory [18], validée en français par Dion et Tessier [11], et qui comprend trois sous-échelles : l'épuisement émotionnel (9 items), la dépersonnalisation (5 items) et l'accomplissement personnel (8 items). Dans cette recherche, nous obtenons des alpha de Cronbach de .87, .70 et .75 pour chacune de ces trois sous-échelles.

*L'orientation communautaire* a été évaluée grâce à l'échelle développée par Clark et al., [9] qui comprend 14 items. Par exemple : « Lorsque les gens ressentent une peine émotionnelle, j'ai tendance à les éviter » ; « Lorsque je prends une décision, je tiens compte des besoins et des sentiments des autres ». Chaque item est suivi d'une échelle de type Lickert en 5 points allant de 1 (= pas du tout caractéristique) à 5 (= tout à fait caractéristique). Nous avons utilisé la version française employée dans des recherches précédentes [30,31]. Dans la présente recherche, l'alpha de Cronbach est égal à .71). Les scores totaux des participants ont été dichotomisés en utilisant une coupe à la médiane afin de créer deux modalités « orientation communautaire élevée vs faible ».

*L'iniquité perçue* a été testée en opérationnalisant la formule d'Adams. Nous avons posé quatre questions aux participants, deux concernant les investissements et les gains du médecin dans la relation avec les patients et deux autres évaluant les investissements et les gains des patients dans leur relation avec le médecin. Par exemple : « En général, vous avez l'impression que vous investissez trop ou pas assez dans vos relations professionnelles avec vos patients. » Chaque question était suivie d'une échelle de type Lickert en 8 points allant de 1 (= pas assez) à 8 (= trop). Nous avons alors calculé pour chaque participant un score d'équité perçue en appliquant la formule d'Adams, ce qui nous a permis de répartir les participants en trois groupes selon que leur score indiquait une perception de sous-bénéfice ( $OA/IA < OB/IB$ ), de surbénéfice ( $OA/IA > OB/IB$ ), ou d'équité ( $OA/IA = OB/IB$ ).

### **5.3. Caractéristiques sociodémographiques**

Une série de questions permettait de recueillir les caractéristiques sociodémographiques des participants : âge, ancienneté, charge de travail (heures et nombre d'actes quotidiens).

## **6. Résultats**

### **6.1. Analyses descriptives**

Les statistiques descriptives de notre échantillon sont présentées au tableau I. L'âge et l'ancienneté ne sont corrélés ni avec l'iniquité, ni avec l'orientation communautaire, ni avec le burn-out. En ce qui concerne la charge de travail, on observe que les heures travaillées sont associées uniquement à l'épuisement émotionnel, ce qui confirme que cette dimension du burn-out est la plus sensible aux stressors professionnels. Toutefois la corrélation, bien que significative, est relativement faible ( $r = .18$ ). Par ailleurs le nombre d'actes quotidiens n'est associé à aucune variable psychosociale de notre étude. L'orientation communautaire est associée négativement à l'iniquité  $r = -.14$ , ce qui confirme que cette variable conduit à une moindre sensibilité au problème de l'équilibre au cours des relations.

MERCI D'INSERER LE TABLEAU I ICI

### **6.2. Le degré de burn-out des médecins généralistes**

La moyenne de l'épuisement émotionnel est, dans notre échantillon, de 25.4 (e-t = 11.7). Si l'on se réfère aux bornes établies par Maslach et Jackson [18] auprès de médecins

et d'infirmières américains, 43.2 % des participants de notre recherche ont un épuisement émotionnel élevé, i.e. supérieur à 27. Si l'on se réfère aux bornes établies par Dion et Tessier [11] auprès d'un échantillon canadien, ce pourcentage est de 47.9 %. La moyenne de dépersonnalisation est égale à 7.5. Le pourcentage de médecins ayant un score élevé de dépersonnalisation est de 33 % si l'on se réfère à Maslach et Jackson et de 40 % si l'on se réfère à Dion et Tessier. Enfin, en ce qui concerne l'accomplissement personnel réduit, la moyenne est de 36.5. Les pourcentages d'accomplissement réduit sont de 30 % (Maslach et Jackson) ou de 37 % (Dion et Tessier). Ces résultats confirment donc sur un échantillon français les quelques études signalant une forte prévalence du burn-out chez les médecins généralistes.

### **6.3. Test des hypothèses**

En ce qui concerne la variable « équité », seuls 27.4 % des médecins perçoivent leurs relations avec les patients comme équilibrées du point de vue des coûts et des investissements de chacun. Plus de la moitié d'entre eux (52.4 %) se perçoivent comme « sous-bénéficiaires ». Toutefois environ un sur cinq (20.2 %) se perçoit comme « surbénéficiaire ». Des analyses de variance (ANOVA) ont été conduites avec l'iniquité perçue et l'orientation communautaire comme variables indépendantes et les trois dimensions du burn-out comme variables dépendantes. Autrement dit, nous avons un plan 3 (sous-bénéfice vs. équité vs. surbénéfice) \* 2 (orientation communautaire faible vs. élevée).

Les résultats indiquent, conformément aux hypothèses, une influence de l'iniquité perçue sur l'épuisement émotionnel, la dimension centrale du burn-out  $F(2, 246) = 5.55, p < .004$ . Les comparaisons planifiées de moyennes (test LSD) indiquent que la moyenne du groupe « sous-bénéfice » (27.17) est significativement différente de celle du groupe « équité » ( $M = 21.17$ ) et de celle du groupe « surbénéfice » ( $M = 23.84$ ). ( $p < .001$ ). En revanche, même si le score d'épuisement émotionnel du groupe « équité » est inférieur à la moyenne du groupe « surbénéfice », leur différence n'est pas significative. Autrement dit, l'iniquité perçue est bien liée à l'épuisement émotionnel, mais la relation n'est pas curvilinéaire.

Nous observons également une influence de l'iniquité perçue sur la dépersonnalisation :  $F(2, 246) = 7.63, p < .001$ . Les comparaisons planifiées de moyennes (test LSD) montrent que la moyenne du groupe « sous-bénéfice » ( $M = 8.24$ ) est significativement plus élevée que celles du groupe « équité » ( $M = 4.52$ ) et du groupe surbénéfice ( $M = 6.53$ ). Ces différences sont significatives à  $p < .001$ . En revanche, même si le score de dépersonnalisation du groupe « équité » est inférieur à celui du groupe « surbénéfice », ces

différences ne sont pas significatives. En d'autres termes, et comme pour l'épuisement émotionnel, l'iniquité est liée à la dépersonnalisation, mais la relation n'est pas curvilinéaire.

En résumé, les médecins en situation de sous-bénéfice ont des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation significativement supérieurs à leurs collègues qui évaluent la relation comme équilibrée ou qui se perçoivent comme surbénéficiaires.

Notre première hypothèse est donc vérifiée pour les deux premières dimensions du burn-out. En revanche, nous n'observons pas de lien entre iniquité perçue et accomplissement personnel. Mais nous savons aujourd'hui que cette dimension représente plus une caractéristique personnelle qu'un aspect du burn-out [4, 27].

Enfin nous observons un effet d'interaction entre iniquité perçue et orientation communautaire sur l'épuisement émotionnel :  $F(2, 246) = 4.61$ ,  $p < .01$  (cf. Graphique I). Lorsque les participants se perçoivent en situation de surbénéfice ou d'équité, les scores d'épuisement émotionnel ne diffèrent pas en fonction de l'orientation communautaire. En revanche, en situation de sous-bénéfice, les individus qui ont une orientation communautaire élevée ne souffrent pas plus de burn-out que leurs collègues des autres groupes lorsqu'ils ont une orientation communautaire élevée. En revanche, toujours en situation de sous-bénéfice, avec une orientation communautaire faible, le score d'épuisement s'élève significativement ( $M = 31.15$  vs.  $23.19$ ,  $p < .001$ ). Autrement dit, en situation de sous-bénéfice, la situation la plus redoutée d'après la théorie de l'équité, l'orientation communautaire a bien un effet modérateur. Notre seconde hypothèse est donc vérifiée pour la dimension centrale du burn-out, l'épuisement émotionnel. Toutefois, nous n'observons pas d'interaction entre équité et orientation communautaire pour la dépersonnalisation.

MERCI D'INSERER LE GRAPHIQUE I ICI

## 7. Discussion

L'objectif de cette recherche était d'étudier le burn-out des médecins généralistes à partir de la théorie de l'équité. Nos données révèlent un épuisement émotionnel particulièrement élevé chez les médecins généralistes. En effet 47.9 % se situent dans la catégorie « épuisement émotionnel élevé » si l'on se réfère aux bornes établies par Dion et Tessier [11]. Ce résultat confirme des études précédentes menées auprès de médecins généralistes hollandais [3,33] et italiens [12].

La réduction du burn-out passe évidemment par une meilleure compréhension de ses causes. Dans cette recherche, nous montrons, en nous basant sur la théorie de l'équité

d'Adams, que la relation avec les patients est une cause importante du burn-out chez les médecins généralistes. À notre connaissance, c'est la première recherche qui opérationnalise la formule d'Adams pour tester le burn-out de ce groupe professionnel. En cela nous avons suivi le principe de comparaison sociale à la base de la théorie de l'équité.

Environ la moitié des participants (52 %) se perçoivent comme sous-bénéficiaires dans les relations qu'ils entretiennent avec leurs patients. Ce pourcentage élevé suggère que la relation avec les patients est particulièrement dégradée ou en tout cas qu'elle ne répond pas aux attentes des médecins. De plus, ce sentiment d'être sous-bénéficiaire est lié à l'épuisement professionnel et à la dépersonnalisation. Nos résultats indiquent également, après d'autres, que même dans une situation de travail dans laquelle le professionnel s'attend à trouver une relation asymétrique, puisqu'il prodigue des soins que l'autre reçoit, la perception que le rapport de ses gains et investissements n'est pas équilibré comparativement à l'autre conduit au burn-out. Ce résultat est cohérent avec la théorie de l'équité qui prédit que les individus ont tendance à rechercher des relations équilibrées et que, s'ils n'y arrivent pas, ils éprouveront de la détresse.

Toutefois, contrairement à l'étude de Van Dierendonck et al. [33], nous n'observons pas, statistiquement parlant, de relation curvilinéaire entre équité et burn-out. Cependant dans l'étude en question, les participants n'étaient pas des médecins mais des professionnels exerçant dans des services sociaux. Avec des médecins spécialistes, Smets et al. [28] ne trouvent pas non plus de relation curvilinéaire. C'est bien le fait d'être sous-bénéficiaire qui engendre du burn-out chez les médecins. Cela suggère que d'un groupe professionnel à l'autre, la liaison entre équité et burn-out peut prendre des formes différentes. D'un point de vue pratique, nos résultats indiquent que les médecins pourraient au cours de leurs études être davantage préparés à vivre des relations déséquilibrées avec les patients.

Nos résultats montrent également que l'on comprend mieux le lien entre l'équité perçue et le burn-out si l'on prend en compte les différences individuelles, en particulier l'orientation communautaire. Cette variable est particulièrement pertinente pour étudier la relation entre le médecin et son patient dans la mesure où les individus caractérisés par une orientation communautaire élevée aident davantage en fonction des besoins des autres et sans attente de réciprocité. On note toutefois que dans la présente recherche, l'orientation communautaire modère uniquement les effets de l'iniquité perçue sur l'épuisement émotionnel et non pas sur la dépersonnalisation. Mais on sait que l'épuisement émotionnel est la dimension centrale du burn-out, la dépersonnalisation étant considérée comme une stratégie destinée à faire face à l'assèchement des ressources. Des travaux futurs pourraient étudier

dans quelle mesure l'orientation communautaire est associée à des stratégies particulières de faire face.

Bien entendu, notre recherche comporte des limites. Étant donné la nature transversale et non longitudinale de nos données, nous ne sommes pas certains du sens de la causalité. Il est possible que les médecins souffrant d'un burn-out élevé perçoivent les relations avec les patients comme inéquitables, et non l'inverse. Toutefois, les études longitudinales montrent aujourd'hui que c'est bien l'équité perçue qui accroît le burn-out et non le contraire [3,35].

Étant donné les effets du burn-out sur la santé physique et psychologique des médecins, mais aussi sur la qualité des soins, nos données signalent la nécessité de prendre des mesures destinées à prévenir ou réduire ce syndrome psychologique auprès de ce groupe professionnel. Nos données indiquent également que si l'on a beaucoup insisté sur la charge de travail (volume horaire important, charge administrative, etc.) comme source de stress chez les médecins généralistes, une des pistes pour prévenir ou enrayer leur burn-out se situe au niveau de l'équilibre relationnel (ou de l'attente d'équilibre) dans la relation avec les patients. Dans cette perspective, les programmes d'intervention visant la restauration cognitive de la perception de l'équité, programmes validés auprès de professionnels de santé, offrent des perspectives de remédiation pour les médecins généralistes frappés par le burn-out [32,33].

Conflit d'intérêt : aucun

## Références

- [1] Arnetz BB. Physicians' View of Their Work Environment and Organisation. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1997;66:155-62.
- [2] Adams JS. Inequity in social exchange. In Berkowitz L. *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press,1965;2: 267-99.
- [3] Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior* 2000;21:425-41.
- [4] Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB. In search of the "third dimension" of burnout: Efficacy or inefficacy? *Applied Psychology: An International Review* 2007;56:460-78.
- [5] Burke RJ. Stress, satisfaction and militancy among Canadian physicians: a longitudinal investigation. *Social Science & Medicine* 1996;43:517-24.

- [6] Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *La Presse Médicale* 2004;1569-74.
- [7] Cherniss C. *Beyond burnout: Helping teachers, nurses, therapists, and lawyers recover from stress and disillusionment*. New York: Routledge; 1995.
- [8] Clark MS, Mills J. Interpersonal attraction in exchange and communal relationships. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979;37:12-24.
- [9] Clark MS, Ouellette R, Powell MC, & Milberg S. Recipient's mood, relationship type, and helping. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;53:94-103.
- [10] Cooper RA. Perspectives on the physician workforce to the year 2020. *Journal of American Medical Association* 1995;274:1534-43.
- [11] Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement* 1994 ; 26 : 210-227.
- [12] Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: An Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychotherapy-and-Psychosomatics* 2000;69:329-34.
- [13] Hobbs FD. Fear of aggression at work among general practitioners who have suffered a previous episode of aggression. *British Journal of General Practice* 1994;44:390-4.
- [14] Koeske GF, Koeske RD. Work load and burnout. Can social support and perceived accomplishment help? *Social Work* 1988;24:3-8.
- [15] Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Thiebaut E, Dumartin N, Sifakis Y. Job stress, coping and burnout among French general practitioners. *European Review of Applied Psychology* 2000;50:309-14.
- [16] Lynøe N. Ethical and professional aspects of the practice of alternative medicine. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1992;20:217-25.
- [17] Maslach C. The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues* 1978;34:11-24.
- [18] Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2<sup>nd</sup> Edn. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
- [19] McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *New England Journal of Medicine* 1982;306:458-63.
- [20] Mizrahi T. Getting rid of patients: Contradiction in the socialisation of internists to the doctor-patient relationship. *Sociology of Health and Illness* 1985;7:214-35.
- [21] Riska E. Unemployed doctors: a challenge to the medical profession? *Journal of Royal Society of Medicine* 1996;89:382-4.

- [22] Rout U, Rout JK. Stress and the general practitioner. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1993.
- [23] Schaufeli WB. The balance of give and give and take: Toward a social exchange model of burnout. *The International Review of Social Psychology* 2006;19:87-131.
- [24] Schaufeli WB, Janczur B. Burnout among nurses: A Polish-Dutch comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1994;25:95-113.
- [25] Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf, JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine* 2002;136:358-67.
- [26] Shirom A. Burnout in work organizations. In Cooper CL Robertson I (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: Wiley;1989. P. 25-48.
- [27] Shirom A. Job related burnout: A review. In Quick JC, Tetrick LE. *Handbook of occupational health psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 2003. P. 245-64.
- [28] Smets EMA, Visser MRM, Oort F, Schaufeli WB, De Haes H. Perceived inequity: Does it explain burn-out among medical specialists? *Journal of Applied Social Psychology* 2004;34:1900-18.
- [29] Taris TW, Van Horn JE, Schaufeli WB, et al. Inequity, burnout and psychological withdrawal among teachers: a dynamic exchange model. *Anxiety, Stress, and Coping* 2004;17:103-22.
- [30] Truchot D, Deregard M. Perceived inequity, communal orientation and burnout: The role of helping models. *Work and Stress* 2001;15:347-56.
- [31] Truchot D, Keirsebilck L, Meyer S. Communal orientation may not buffer burnout. *Psychological Reports* 2000;86:872-8.
- [32] Van Dierendonck D, Schaufeli WB, Buunk, BP. The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*, 1998;83:392-407.
- [33] Van Dierendonck, D, Schaufeli WB, Sixma HJ. Burnout among general practitioners: a perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1994;13:86-100.
- [34] Van Yperen N. Communal orientation and the burnout syndrome among nurses: A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology* 1996;26:338-54.
- [35] Van Yperen N, Buunk AP. A longitudinal study of equity and satisfaction in intimate relationships. *European Journal of Social Psychology* 1990;20:287-309.

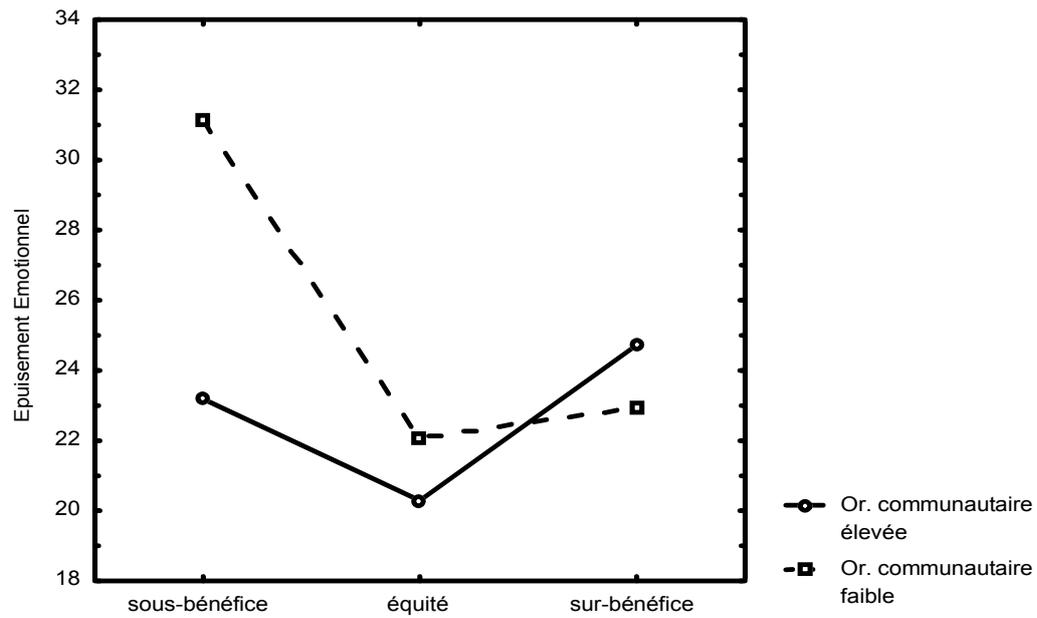
- [36] Van Yperen N, Buunk AP, Schaufeli WB. Communal orientation and the burnout syndrome among nurses. *Journal of Applied Social Psychology* 1992;22:173-89.
- [37] Walster E, Walster GW, Berscheid E. *Equity: Theory and research*. Boston MA: Allyn and Bacon; 1978.
- [38] Whitehead JT. *Burnout in probation and corrections*. New York: Preager; 1989.
- [39] Winefield HR, Murrell TGC, Clifford JV. Sources of occupational stress for Australian general practitioners, and their implications for training. *Family Practice* 1994;11:213-7.

Accepted Manuscript

	M	E-t	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Age	47.1	6.4								
2. Ancienneté	18	6.8	.93							
3. Heures travaillées	10.6	2.0	-.02	-.03						
4. Actes	24.5	6.9	-.09	-.03	.46*					
5. Equité	-0.3	1.3	.06	.08	-.01	.07				
6.Or. communautaire	50.1	6.2	-.01	-.03	-.01	.00	-.06			
7. Epuisement	25.4	11.7	.02	.00	.18*	.06	-.21*	.06		
8.Dépersonnalisation	7.5	5.5	.03	.04	-.03	-.04	-.06	-.07	.37*	
9. Accomplissement	36.5	7.1	-.03	-.04	-.02	.09	.02	.21*	-.18*	-.24*

Tableau I : moyenne, écart-type et inter-corrélations entre les variables étudiées.

\*  $p < .01$  (bilatéral)



**Graphique I : Epuisement émotionnel en fonction de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire.**