



HAL
open science

Apport des maisons de santé pluriprofessionnelles en prévention du risque de burnout chez les généralistes libéraux

Claire Ageron-Blanc, Corentin Régent

► To cite this version:

Claire Ageron-Blanc, Corentin Régent. Apport des maisons de santé pluriprofessionnelles en prévention du risque de burnout chez les généralistes libéraux. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02381018

HAL Id: dumas-02381018

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381018>

Submitted on 26 Nov 2019

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

**APPORT DES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES EN PREVENTION
DU RISQUE DE BURNOUT CHEZ LES GENERALISTES LIBERAUX**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Claire AGERON-BLANC et Corentin REGENT

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 22/11/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

M. le Pr Vincent BONNETERRE

M. le Pr Mircea POLOSAN

M. le Dr Maxime MOULIN, directeur de thèse

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Apport des maisons de santé pluriprofessionnelles dans la prévention du risque de burnout chez les généralistes libéraux.

Résumé

Contexte : Le burnout semble de plus en plus observé chez les généralistes. Depuis une vingtaine d'années les maisons de santé émergent comme une alternative à l'exercice traditionnel. Elles permettraient une amélioration des conditions de travail, un meilleur soutien social, et donc une diminution du risque de burnout.

Objectif : Étudier le risque de survenue de burnout chez les généralistes libéraux selon leur installation en Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou autre (cabinets de groupe ou seul).

Méthode : Un questionnaire a été adressé par courriel aux généralistes libéraux de Rhône Alpes. Une première partie concernait les caractéristiques socio-démographiques telles que sexe, âge, nombre d'enfants à charge, participation à une formation médicale continue. Une deuxième partie concernait la version française du Maslach Burnout Inventory (MBI) et une troisième la version française du Social Support Questionnaire version courte (SSQ6).

Résultats : De janvier à mai 2019, 257 réponses ont été incluses. Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée pour les trois dimensions du MBI : pour l'épuisement émotionnel les scores moyens étaient de 14,6 contre 15,8 ($p = 0,536$), respectivement pour le groupe MSP et le groupe Autre ; pour la dépersonnalisation de 8,3 contre 9,0 ($p = 0,182$) ; pour l'accomplissement personnel de 36,6 contre 36,1 ($p = 0,613$). La régression linéaire statistique ne trouvait pas de différence significative pour le mode d'installation ($p = 0,386$).

Conclusion : L'installation en MSP ne modifie pas le risque de survenue du burnout chez les médecins généralistes.

Mots-clés : burnout, syndrome d'épuisement professionnel, médecin généraliste, maison de santé pluriprofessionnelle, soutien social, MBI, SSQ6

Benefit of multiprofessional health centres in the prevention of the risk of burnout among general practitioners.

Abstract

Context: The burnout syndrome affecting general practitioners seems to be increasing. Over past twenty years multiprofessional health centres have appeared as an alternative to traditional private practices. They might offer better work conditions and ameliorate social support in order to prevent burnout.

Objective: To compare the risk of burnout among general practitioners depending on whether they are working in multiprofessional health centres (MHC) or in other kind of practices (Other).

Methods: An online survey was sent by email to general practitioners in Rhône Alpes. The first part of the survey inquired about social data such as gender, age, number of children and continuous medical training. The second part was related to the french version of Maslach Burnout Inventory (MBI), and the third part included the french version of the social support questionnaire short form (SSQ6).

Results: From January to May 2019, 257 general practitioners answered the survey. No statistically significant differences were found for the 3 dimensions of MBI : for emotional exhaustion the average scores were 14,6 versus 15,8 ($p = 0,536$), respectively for the MHC group and the Other group ; for depersonalization 8,3 versus 9,0 ($p = 0,182$) ; for personal accomplishment 36,6 versus 36,1 ($p = 0,613$). The linear regression found no significant differences related to the type of practice ($p = 0,386$).

Discussion: The establishment in multiprofessional health centres does not have an impact on the risk of burnout among general practitioners.

MeSHTerms: burnout, general practitioner, multiprofessional health centers, social support, MBI, SSQ6

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETTERE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements

À notre Président de jury, Pr Imbert,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et nous vous en remercions.

Au Pr Bonneterre, et au Pr Polosan,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

À notre Directeur de thèse, Dr Maxime Moulin,

Merci de nous avoir soutenu dans ce projet, de nous avoir laissés prendre nos marques sur ce sujet que tu nous as proposé, de nous avoir stimulés quand il le fallait, pour nous avoir guidés sans t'imposer, pour ta disponibilité malgré tes obligations familiales et hospitalières !

À l'URPS Rhône-Alpes et la MRSS,

Pour l'intérêt que vous avez porté à notre projet et l'aide logistique fournie.

À tous les médecins généralistes qui ont répondu à notre questionnaire,

Sans eux ce travail ne pourrait exister.

Au DMG de Grenoble,

Merci pour votre investissement et la qualité de la formation.

À nos maîtres de stage,

Pour les moments passés à vos côtés et la qualité de vos enseignements, qui nous ont permis de devenir les médecins que nous sommes aujourd'hui.

À la famille et amis de Claire :

À mes parents, pour votre soutien indéfectible durant toutes ces années et sans qui rien n'aurait été possible aujourd'hui.

À Joffrey, qui a toujours un œil bienveillant sur ce que je fais, toujours prêt à aider sa petite-sœur malgré toutes nos chamailleries.

À Maud, toujours « 11 ans, des couettes et un cartable plus gros qu'elle » dans ma tête, qui me laisse l'aider même quand elle n'en a pas besoin, qui écoute mes conseils plus ou moins avisés de grande sœur stressée.

À Claire T et Orianna, mes coloc' de l'Amour. Vous m'avez vue bûcher, douter, m'épanouir dans mes études. Merci pour votre soutien constant, pour les infusions pomme-cannelle du soir que je bois toujours quand j'ai besoin de réconfort, pour toutes nos soirées déguisées qui ont ponctué nos années d'amitié, pour votre présence à mes côtés dans les bons comme les mauvais moments de la vie. Je suis très fière de vous compter parmi mes amies.

À la BAM, merci de m'avoir aussi bien acceptée comme pièce rapportée : à Benoit & Manon, les supers voisins d'en face, à Claire J et Florian Z, Guillaume L et Tiphonie, Guillaume M, merci pour les plant'sitting, Bobolo, les parties de volley, les apéros improvisés, le Hasard, les Landes et bien plus encore (malgré les repas de Noël qui se font attendre pour certains). À Yannick, merci de m'avoir présentée à Thomas !

Aux copines de l'Apéro Filles, Amandine, Myriam, Estelle, Marie qui écoutent et s'amuse avec moi de mes déboires de jeune médecin.

Aux copains des Landes et des week-end de ski : Vincent & Lisa, Hadrien & Johanna, Alexis, Emily, Simon... pour les très bons moments passés en votre compagnie et ceux à venir !

Aux copains de fac (Aude, Sophie J, Sophie M, Olivier, Nicolas, Vinciane, Florian C, Charlotte, Nicolas) avec qui j'ai passé de très belles années.

Aux copains de Haute Savoie (Stéphane, Aurélien, Quentin & Elsa, Guillaume & Lucile, Vincent M...) pour votre accueil généreux dans votre groupe et tous les bons moments passés ensemble.

À Maureen et Clara qui n'ont jamais douté de ma vocation, et qui êtes toujours disponibles comme si on ne s'était jamais quittées. Et à tous les autres...

À mon merveilleux co-thésard Corentin, pour nos soirées film/piscine, pour le rock, et toutes ces années à tes côtés à m'inspirer de ta douceur de caractère, de la grandeur de ton cœur et de tes extravagances qui font de toi quelqu'un d'unique. Je suis fière et heureuse d'avoir pu être ta partenaire dans cette aventure qu'aura été la thèse !

À Thomas, on n'avait rien en commun et pourtant nous voilà bientôt mariés. Je ne remerciais jamais assez Yannick et tout le chemin parcouru avant ce moment, qui m'a conduite jusqu'à toi. Merci de me supporter au quotidien, de me faire autant rire, de me faire sortir de mes gonds parfois, de me botter les fesses pour me faire sortir de ma zone de confort, de ranger derrière moi, d'être l'homme fort qui m'apporte cette sécurité que je cherchais, de croire en moi en toutes circonstances. Merci d'être toi, d'être là pour moi, et ce pendant encore de longues années je l'espère.

À la famille et amis de Corentin :

À Papa, pour ce regard sur le monde que tu as su me montrer et pour ces riches discussions que nous avons partagées. Ils me permettent de me construire et m'aide à rentrer dans la paternité avec quiétude.

À Maman, pour ton amour sans faille, ton soutien et ta confiance en chacun de nous qui nous a tous permis de grandir avec sérénité, plein de générosité et en gardant la tête sur les épaules. Nous accompagnant chacun vers un avenir qui nous correspond.

À Aurore, ton besoin d'indépendance et de courage m'ont toujours époustoufflé depuis tes 15 ans à peine et cette découverte d'une nouvelle partie de toi avec l'accueil du merveilleux petit Gabin.

À Anaëlle, pour ta douceur, ta sincérité et ton goût de l'aventure qui fait tourner la tête. Reviens-nous, vite quand même, Brighton c'est loin et ta présence est toujours agréable et apaisante.

À Marc, pour ta vivacité, ta joie, ton attention aux besoins des autres et ta générosité sans limite. Pour Elena qui est splendide et Victoria que j'espère de tout cœur rencontrer bientôt.

À Romain, Romain et Nicolas, des amitiés qui se sont construites durant ces belles années où nous avons grandi. Nos chemins se sont ensuite séparés mais cette amitié perdure. Merci pour votre soutien infaillible durant toutes ces années et principalement dans les moments où j'en avais besoin.

À Sophie, toujours présente, ton caractère, ton honnêteté, ta fidélité font de toi quelqu'un d'unique. Ton amitié est un véritable cadeau.

À Olivier, Thomas, Vinciane, Marie Caroline, Marion, Aude et Nicolas (encore) pour ces 9 années difficiles qui sont passées si vite grâce à votre présence, vos rires et votre amitié. J'espère que nous saurons prendre le temps de nous retrouver.

À Claire, je ne compte plus les années passées ensemble à rire. Merci pour ta patience, ta générosité et ton sourire qui ne quitte (presque) jamais ton visage. Je n'imaginais pas conclure mes études autrement qu'en partageant cette thèse avec toi. Elle a été l'occasion de très agréables moments passés ensemble et de riches échanges comme nous n'en avons pas eu depuis longtemps.

À Anand, mon épouse, merci pour ton soutien, ta tendresse et ton amour. Ces dernières années où j'ai changé à tes côtés ont fait de moi quelqu'un de meilleur. C'est avec un grand bonheur que je regarde vers l'avenir, avec toi.

À toi qui arrives et à ceux qui te suivront. Pour ce que la vie nous offrira.

Table des matières

Résumés	2
Abréviations	13
Introduction.....	14
Le Burnout.....	14
Les maisons de santé pluriprofessionnelles	16
Le soutien social.....	16
Question de recherche.....	17
Matériel et Méthode	19
Critères de jugement	19
Questionnaire.....	19
Calcul de sujets nécessaires	20
Inclusion	20
Analyse statistique.....	21
Résultats	22
Données socio-démographiques	22
Analyse du MBI	23
Comparaison des moyennes :	26
Régression linéaire :	26
Analyse du SSQ6.....	27
Test de Corrélation	28
Discussion	29
MBI et burnout.....	29
SSQ6 et soutien social.....	31
Burnout et soutien social	32
Retours d'expérience.....	32
Conclusion	34
Références.....	35
Annexes	37

Abréviations

AP : Accomplissement Personnel

CDG : Cabinet De Groupe

DP : Dépersonnalisation

EE : Epuisement Emotionnel

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

MBI : Maslach Burnout Inventory

MRSS : Maison des Réseaux de Santé de Savoie

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

p : p-value

SSQ6 : Social Support Questionnaire, version courte à 6 items

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

σ : écart-type

Introduction

Le Burnout

Le burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, est de plus en plus observé et étudié notamment chez les médecins. Le terme vient de la psychiatrie où il fut employé durant des décennies pour décrire l'état terminal d'apathie et de démoralisation observé chez certains schizophrènes chroniques (11). Dans les années 1970 le concept a été progressivement utilisé dans le milieu soignant où il était décrit comme un « état de fatigue chronique, de dépression, de frustration, apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit [...] à diminuer l'accomplissement personnel » (24).

La définition du burnout ne fait pas l'objet de consensus. Il n'apparaît par exemple pas dans la CIM 10 ni dans le DSM-5. Il a en revanche fait l'objet de recommandations par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1995 et par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017 (9). Sa conception telle qu'elle est le plus souvent décrite repose sur les trois composantes du Maslach Burnout Inventory (MBI), réalisé en 1976 par Maslach (16) :

- L'épuisement émotionnel (EE) correspond à une fatigue affective. Le soignant a le sentiment d'être vidé de ses ressources avec un sentiment de démotivation, une perte de confiance en soi, une sensation de surcharge de travail, parfois une irritabilité. La fatigue peut aussi être physique avec apparition d'une asthénie, de troubles du sommeil ou de troubles musculo-squelettiques.

- La dépersonnalisation (DP) correspond à la mise à distance dans la relation à l'autre. Elle peut s'exprimer par une perte d'empathie, une déshumanisation voire un cynisme, une prise de risque à l'égard des patients comme du praticien (7,24). C'est cette notion qui différencie principalement le burnout du syndrome dépressif.

- La baisse de l'accomplissement personnel (AP) est en lien avec une dévalorisation de soi. Le sentiment d'incompétence et d'inefficacité génère une frustration dans le travail. La personne remet alors en question le sens de sa pratique renforçant la dévalorisation.

Le questionnaire MBI est le plus utilisé pour évaluer le risque de burnout. Il a été validé en français (10). Chaque item est coté selon la fréquence de chaque situation décrite. En additionnant les items d'une composante donnée, on obtient une note qui classe le risque de burnout (faible, intermédiaire, élevé). Plus le score d'EE et de DP est élevé, plus le risque de burnout est élevé. À l'inverse, plus le score d'AP est élevé, plus le risque de burnout est faible.

Les facteurs associés au burnout décrits dans la littérature peuvent être différenciés en facteurs externes liés au travail et internes liés à l'individu (11).

Dans les facteurs externes, on retrouve une charge de travail importante et notamment de travail administratif (absence de secrétariat, nombres d'heures par semaine si > 60h). Les horaires de travail irréguliers, un nombre important de gardes conduisant à un temps restreint pour les activités personnelles sont aussi incriminés. Une installation récente ou l'absence de diversification de l'exercice médical (syndicalisme, enseignement, recherche) sont également évoquées, tout comme l'absence de reconnaissance professionnelle, les conflits interprofessionnels, ou l'impression de perte de contrôle de son exercice. Pour finir, on retrouve les problèmes éthiques provoqués par la proximité avec la maladie, la mort, la souffrance (1,2,4,5,11,12,24).

Les facteurs internes seraient le sexe féminin, le nombre d'enfants à charge de moins de 6 ans, le célibat, la consommation d'alcool, les idées suicidaires ou le désir de reconversion. Certains traits de caractère des individus peuvent entrer en jeu comme le perfectionnisme, la compassion ou l'idéalisme (1,2,4,5,7,11,24).

Dans les facteurs protecteurs, on retrouve le fait d'être en couple depuis plus de 2 ans, la participation à une formation médicale continue (FMC) ou à l'enseignement universitaire (2,5).

Les maisons de santé pluriprofessionnelles

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont un mode d'installation récent, développé depuis les années 2000. Le code de Santé Publique donne une première définition légale aux MSP (13) en 2007 : « Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. [Elles] sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. »

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009 révisé et consolide le statut de la MSP en créant l'obligation de rédiger un projet de santé, en lien avec leur territoire (13). Ce projet doit être porté par tous les professionnels de la structure et transmis à l'Agence Régionale de Santé. Les financements publics de la structure dépendent de ce projet de soin, de la patientèle et des pratiques des médecins généralistes.

L'exercice en groupe est souvent plébiscité par les jeunes générations de médecins. La vision du médecin de famille exerçant seul n'est plus très attractive. La MSP est décrite comme offrant de meilleures conditions de travail (5,6,23). Ainsi la mutualisation des moyens permet la présence d'un secrétariat sur de larges horaires avec la possibilité de délégation des tâches administratives à celui-ci. Le nombre de médecins au sein de la structure est plus propice à des emplois du temps allégés et au partage des permanences de soins. La présence de confrères permet une plus grande adaptabilité en cas d'imprévu personnel, d'urgences médicales. Les relations interprofessionnelles, au quotidien ou en réunion, permettent une prise en charge des patients plus approfondie. La cohésion d'équipe favoriserait le réseau social des professionnels et ainsi leur soutien social.

Le soutien social

Le concept de soutien social suscite l'intérêt des chercheurs en psychologie sociale depuis les années 1970, mais il n'existe pas de consensus. Plusieurs conceptions coexistent. Bruchon-Schweitzer en fait un récapitulatif (3). L'une, d'origine sociologique, concerne le réseau social.

Il serait corrélé à une moindre morbi-mortalité et l'isolement serait alors un facteur de vulnérabilité. Une autre, d'origine psychologique, concerne la perception du soutien reçu. Le soutien peut être émotionnel, d'estime, matériel, informatif. Il peut venir de sources différentes : famille, amis, collègues, professionnels. Il existerait un effet bénéfique sur la santé émotionnelle comme physique. Cet effet serait d'autant plus prononcé s'il y a une adéquation entre la nature et la source du soutien d'une part et les besoins de l'individu d'autre part.

Si le réseau social et le soutien social perçu sont deux notions différentes, elles ont toutes deux des effets directs positifs sur la santé physique et psychique (3,22). Le soutien social aurait en plus un effet tampon, permettant aux individus de mieux faire face aux situations difficiles.

De nombreuses échelles existent pour évaluer ce soutien social. Parmi celles-ci, le Social Support Questionnaire version courte (SSQ6) évalue deux de ses aspects : la disponibilité et la satisfaction.

La disponibilité (score « N ») correspond à l'estimation du nombre de personnes pouvant apporter une aide en cas de besoin. La satisfaction (score « S ») mesure l'adéquation perçue entre les attentes de l'individu et le soutien perçu. Le SSQ6 est la version courte du test qui comporte 6 items au lieu de 27 (20). Il a été validé en français (3).

Question de recherche

Les MSP sont souvent présentées comme un moyen de protéger les professionnels de santé de la survenue d'un burnout, tant par l'amélioration des conditions de travail que par un meilleur soutien social. Cet argument est considéré comme une évidence dans certaines études (5,8,23) et se retrouve notamment sur le site officiel promouvant et facilitant la création des MSP (6).

Dans son étude qualitative chez des médecins généralistes, Didier retrouve cette représentation de la MSP protectrice du risque de burnout. Il nuance toutefois cette protection avec des facteurs de risque de burnout, à la fois organisationnels, structurels et relationnels (5,23).

Il semblait alors licite de vérifier par une étude quantitative si l'installation en MSP modifie le risque de burnout.

Nous étudierons le risque de survenue de burnout chez les généralistes en fonction de leur installation ou non en MSP. Nous étudierons également si le soutien social est influencé par l'installation dans ces structures. Pour finir, nous étudierons le lien de corrélation entre les scores MBI et SSQ6.

Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive comparant deux groupes. Le premier comprenait les médecins généralistes libéraux exerçant en MSP et le second (Autre) ceux étant en cabinets de groupe (CDG) ou cabinets seuls.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la comparaison de moyennes de chacune des parties du MBI (EE, DP et AP) en fonction du mode d'installation (MSP vs Autre).

Une différence statistiquement significative pour au moins deux des trois parties du MBI était attendue pour conclure à une différence de risque de burnout entre les deux groupes.

Le critère de jugement secondaire était la différence du score moyen de chacun des paramètres du SSQ6 (disponibilité et satisfaction) en fonction du mode d'installation.

Il a aussi été réalisé une corrélation entre le MBI et le SSQ6.

Questionnaire

Le questionnaire en ligne comprenait cinq parties : un texte explicatif (annexe 1), un consentement, un questionnaire socio-démographique, le MBI et le SSQ6 (annexe 2). Il a été réalisé sur la plateforme Lime-Survey mise à notre disposition par la faculté de Grenoble.

Le MBI est composé de 22 items. Chaque item est coté de 0 à 6 qui, selon la fréquence de chaque situation décrite, varie de jamais à chaque jour.

L'EE est évalué par les questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20, soit un score compris entre 0 et 54. La DP est évaluée par les questions 5, 10, 11, 15 et 22, soit un score compris entre 0 et 30.

L'AP est évalué par les questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21, soit un score compris entre 0 et 48.

Chaque partie est divisée selon le risque de burnout : faible (respectivement ≤ 17 , ≤ 5 , ≥ 40), intermédiaire (respectivement [18-29], [6-11], [34-39]), élevé (respectivement ≥ 30 , ≥ 12 , ≤ 33).

Le SSQ6 comporte 6 items. Le score « N » de disponibilité est compris entre 0 et 54, en additionnant le nombre de personnes disponibles pour chaque type d'aide. Le score « S » de satisfaction est compris entre 6 et 36, en additionnant les notes de satisfaction qui varient entre 1 et 6 (de « très insatisfait » à « très satisfait »).

Calcul de sujets nécessaires

Le calcul de sujets nécessaires a été réalisé à l'aide de biostatTGV.

Le risque β était défini à 0,2. Le critère de jugement principal étant composite, le risque α a été corrigé selon la méthode de Bonferroni à 0,017.

Les scores moyens du MBI extraits de différentes études étudiant le burnout des médecins libéraux en France étaient systématiquement au "risque intermédiaire" (2,4,12,14). Pour valider l'hypothèse de recherche, il était attendu qu'au moins deux moyennes sur trois passent du "risque intermédiaire" au "risque faible". Le nombre de sujets nécessaires a donc été calculé pour chaque sous-partie du MBI.

Pour l'épuisement émotionnel, la moyenne observée dans les études était de 21,9, l'objectif était de 17 et l'écart type de 11,9. Cela définissait un nombre de 119 sujets nécessaires dans chaque groupe. Pour la dépersonnalisation ce nombre était de 65. Pour l'accomplissement personnel ce nombre était de 91. Le nombre de sujets nécessaires retenu était de 119 personnes dans chaque groupe (annexe 5).

Inclusion

Les sujets inclus étaient les médecins généralistes libéraux installés en Rhône Alpes ayant répondu au questionnaire.

Les sujets exclus étaient les médecins n'ayant pas répondu complètement au MBI.

La demande à la Commission Informatique et Libertés a reçu un accord tacite après un délai de 3 mois sans réponse. Pour respecter l'anonymat les noms, prénoms et lieux d'exercice du consentement n'ont pas été extraits de Lime-Survey.

Le recrutement a eu lieu de janvier à mai 2019. Des organismes (Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), Maison des Réseaux de Santé de Savoie (MRSS), Ordre des médecins de Haute Savoie) ont diffusé le questionnaire à tous leurs médecins généralistes correspondants par courrier électronique. La population en MSP étant plus faible, un contact téléphonique ciblé a été réalisé pour obtenir leurs adresses e-mail. Une relance e-mail des MSP a été faite à 3 mois.

Analyse statistique

Le critère de jugement principal a été analysé par comparaison de moyennes (Student ou Wilcoxon) selon le test de normalité (Shapiro Wilk).

Une régression linéaire statistique en stepwise a été réalisée afin de s'affranchir des facteurs de risque connus non modifiés par le mode d'installation. Les facteurs de risque ayant un $p < 0,2$ ont été introduits dans le modèle. Le mode d'installation a été ajouté comme variable d'intérêt.

Le critère de jugement secondaire a été analysé selon la même méthode de comparaison de moyennes. Les questionnaires SSQ6 incomplets ont été exclus.

Le test de corrélation a été adapté à la répartition des réponses (Pearson ou Spearman) sur les réponses complètes aux deux questionnaires.

Résultats

Données socio-démographiques

L'URPS a contacté 3515 médecins généralistes de la région Rhône Alpes. La MRSS a contacté 278 médecins généralistes. Quatre-vingt-dix centres de santé ou MSP ont été contactés par téléphone, pour un total d'environ 359 médecins. Certains médecins ont pu être contactés plusieurs fois.

Deux cent quatre-vingt-cinq ont été reçues, soit un taux de réponse de 8 %. Deux cent cinquante-sept personnes ont complété le MBI et ont été inclus pour l'analyse principale et la régression linéaire. Deux cent vingt-deux personnes ont complété le SSQ6 et 207 personnes ont complété à la fois le MBI et le SSQ6.

Les données socio-démographiques de la population étudiée sont récapitulées dans le tableau 1.

Cent seize médecins (45,1 %) étaient en MSP. L'âge moyen était de 42,3 ans, 61 sujets (52,6 %) étaient des femmes, 101 (87,1 %) étaient en couple depuis plus de deux ans et 79 (68,1 %) avaient au moins un enfant à charge. Quatre-vingt-dix-huit sujets (84,5 %) participaient à une formation continue et 3 (2,6 %) avaient une pratique alternative de la médecine majoritaire.

Cent quarante et un médecins (54,9 %) étaient installés en cabinets de groupe ou seul. L'âge moyen était de 45,6 ans, 95 sujets (67,4 %) étaient des femmes, 124 (87,9 %) étaient en couple depuis plus de deux ans et 100 (70,9 %) avaient au moins un enfant à charge. Cent vingt-six sujets (89,4 %) participaient à une formation continue et 5 (3,5 %) avaient une pratique alternative de la médecine majoritaire.

Les deux groupes (MSP et Autre) étaient différents ($p < 0,05$) pour le genre et l'âge. Les autres paramètres étaient comparables.

	Population Totale	MSP	Autre = CDG + seul	Seul	CDG	χ^2 <i>p-value</i>
<u>Nombre de sujets</u>	257	116 (45,1 %)	141 (54,9 %)	39 (15,2 %)	102 (39,7 %)	
<u>Âge moyen</u> [min-max] {médiane} (σ)	44,1 [27-73] {40} (11,4)	42,3 [27-70] {39} (11,1)	45,6 [29-73] {43} (11,5)	53 [31-73] {57} (11,6)	42,8 [29-65] {40} (10,1)	0.02
<u>Sexe : Femme</u>	156 (60,7 %)	61 (52,6 %)	95 (67,4 %)	20 (51,3 %)	75 (73,5 %)	0.016
<u>Statut marital :</u> En couple >2 ans	225 (87,5 %)	101 (87,1 %)	124 (87,9 %)	36 (92,3 %)	88 (86,3 %)	NS
<u>Enfant à charge :</u> oui	179 (69,7 %)	79 (68,1 %)	100 (70,9 %)	23 (59,0 %)	77 (75,5 %)	NS
Si oui <u>Combien :</u> [min - max] (σ)	2,1 [1-4] (0,8)	2,08 [1-4] (0,75)	2,1 [1-4] (0,80)	1,96 [1-4] (0,79)	2,1 [1-4] (0,79)	NS
Si oui, <u>Enfant < 6 ans :</u> oui	88 (48 %)	38 (49,2 %)	50 (50 %)	8 (34,8 %)	42 (54,5 %)	NS
<u>Participation à une</u> <u>FMC :</u> oui	224 (87,2 %)	98 (84,5 %)	126 (89,4 %)	36 (92,3 %)	90 (88,2 %)	NS
<u>Pratique alternative</u> <u>majoritaire :</u> oui	8 (3,1 %)	3 (2,6 %)	5 (3,5 %)	4 (10,3 %)	1 (1 %)	NS

Tableau 1 : Données socio-démographiques

Analyse du MBI

Concernant le MBI (tableau 2), le score moyen de l'épuisement émotionnel était, respectivement pour le groupe MSP et le groupe Autre, de 14,6 ($\sigma = 9,7$) et 15,8 ($\sigma = 10,9$). Pour la dépersonnalisation, le score moyen était respectivement de 8,3 ($\sigma = 4,7$) et 9,0 ($\sigma = 4,9$). Pour l'accomplissement personnel, le score moyen était respectivement de 36,6 ($\sigma = 4,7$) et 36,1 ($\sigma = 5,1$).

	Epuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement personnel	
	MSP	Autre	MSP	Autre	MSP	Autre
Nombre de sujets	116	141	116	141	116	141
Moyenne (σ)	14,6 (9,7)	15,8 (10,9)	8,3 (4,7)	9,0 (4,9)	36,6 (4,7)	36,1 (5,1)
Médiane	13	13	8	9	37	37
Min-Max	0-51	0-48	0-25	0-25	23-46	17-45
<i>p-value (Wilcoxon)</i>	0,536		0,182		0,613	
Moyenne globale (σ)	15,3(10,4)		8,7(4,8)		36,3(4,9)	

Tableau 2 : Résultat du MBI en fonction du mode d'installation

Les trois parties du MBI étaient réparties de manière non normale pour les deux groupes selon le test de Shapiro avec $p < 0,05$ (figure 1).

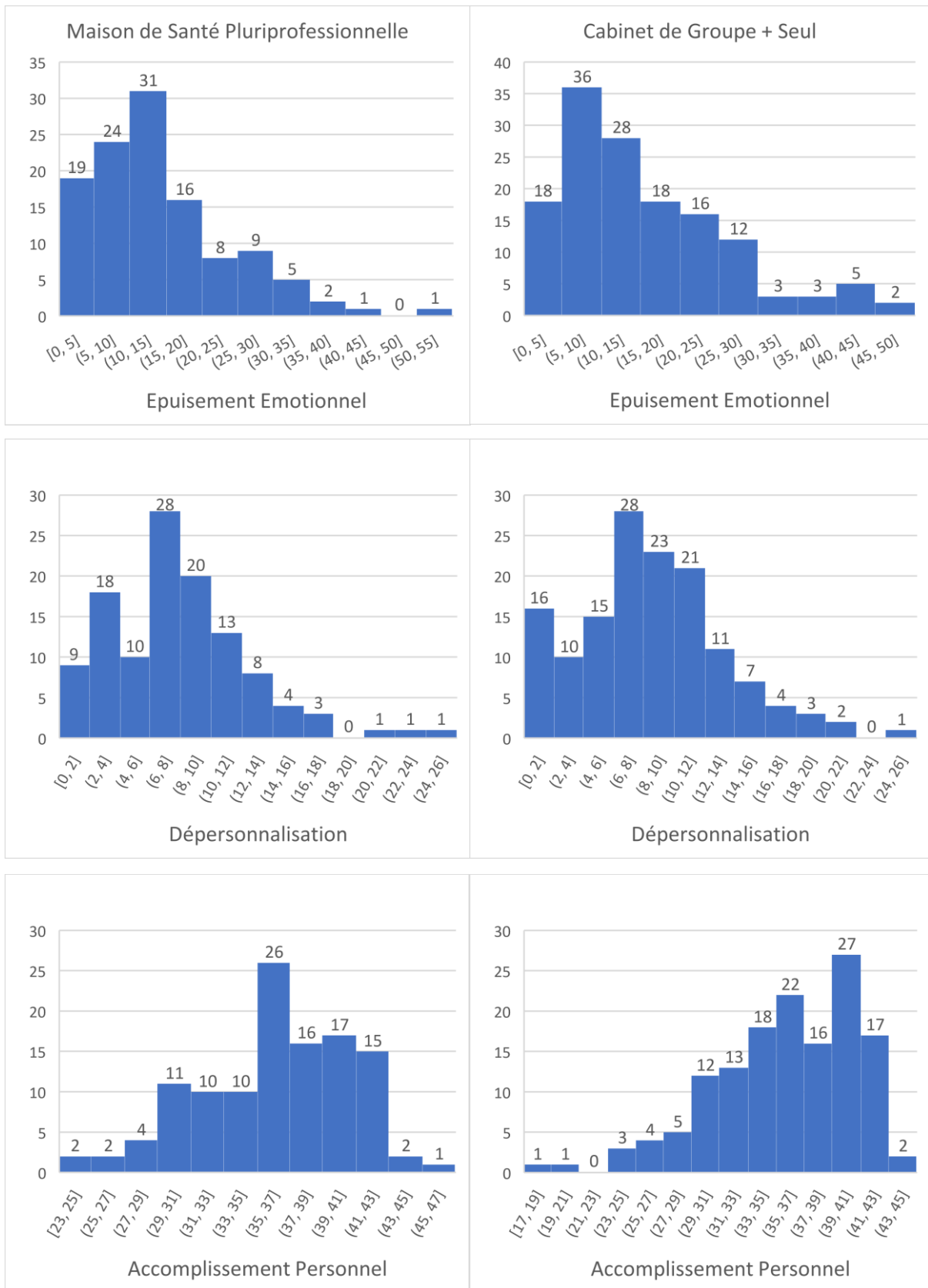


Figure 1 : Répartition des scores MBI selon le mode d'installation

Comparaison des moyennes :

La comparaison des scores moyens du MBI selon le mode d'installation (tableau 2) a été faite à l'aide du test de Wilcoxon. Il retrouvait pour l'épuisement émotionnel $p = 0,536$; pour la dépersonnalisation $p = 0,182$ et pour l'accomplissement personnel $p = 0,613$.

Régression linéaire :

La régression linéaire a été réalisée en fonction des paramètres recherchés (âge, sexe, en couple depuis plus de deux ans, enfants à charge, participation à une FMC) (tableau 3).

	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Âge (test de Spearman)	0,230	0,112	0,297
Sexe (test de Wilcoxon)	0,011	0,569	0,380
Statut marital (Wilcoxon)	0,159	0,665	0,503
Enfant à charge (Wilcoxon)	0,136	0,526	0,255
Enfant < 6 ans (Wilcoxon)	0,952	0,785	0,176
Participation à une FMC (Wilcoxon)	0,020	0,377	0,473
Pratique alternative majoritaire (Wilcoxon)	0,734	0,572	0,871

Tableau 3 : *p-value* du MBI en fonction des paramètres étudiés

Il n'était pas observé de $p < 0,05$ pour la dépersonnalisation ni pour l'accomplissement personnel. La régression linéaire a donc été réalisée uniquement pour l'épuisement émotionnel. Les facteurs inclus étaient le sexe, la participation à une FMC, la présence d'enfants à charge ainsi que le fait d'être en couple depuis plus de deux ans.

Le tableau 4 récapitule la régression linéaire réalisée. La *p-value* la plus élevée a été exclue du modèle. Les trois variables explicatives restantes avaient des $p < 0,05$ respectivement $p = 0,019$, $p = 0,011$ et $p = 0,044$ pour le sexe, les enfants à charge et la FMC.

La comparaison de score d'épuisement émotionnel en fonction du mode d'installation obtenait $p = 0,386$.

	t	p
Quel est votre genre ?	2,365	0,018
Avez-vous des enfants à charge ?	-2,023	0,044
Participez-vous à une formation médicale continue ?	-2,549	0,011
Quel est votre mode d'installation ?	-0,856	0,386

Tableau 4 : Régression linéaire multiple du score d'épuisement émotionnel

Analyse du SSQ6

Pour le SSQ6 (tableau 5), le score moyen N était de 24,9 ($\sigma = 11,71$) et 23,3 ($\sigma = 12,16$), respectivement pour le groupe MSP et le groupe Autre. Le score moyen S était de 30,4 ($\sigma = 6,34$) et 31,1 ($\sigma = 4,63$) respectivement.

	Score N		Score S	
	MSP	Autre	MSP	Autre
Nombre de sujets	95	127	95	127
Moyenne (σ)	24,9 (11,71)	23,3 (12,16)	30,4 (6,34)	31,1 (4,63)
Médiane	23	21	32	32
Min-Max	0-54	2-54	14-36	6-36
p-value (Wilcoxon)	0,222		0,871	

Tableau 5 : Résultat du SSQ6 en fonction du mode d'installation (MSP vs Autre)

Le test de normalité révélait une répartition normale pour le score N du groupe MSP ($p = 0,242$). Les autres parties du SSQ6 étaient réparties de manière non normale ($p < 0,05$). (figure 2)

Le test de Wilcoxon retrouvait $p = 0,222$ pour le score N et $p = 0,876$ pour le score S.

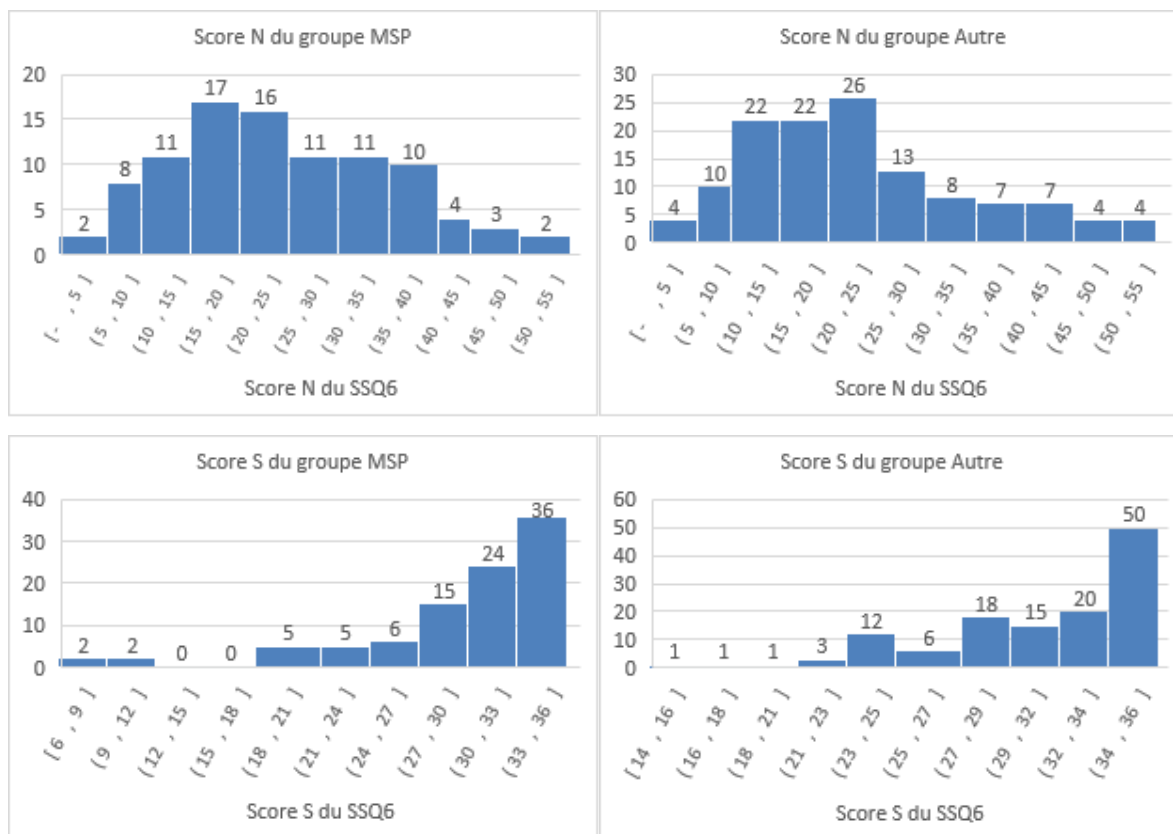


Figure 2 : Répartition des scores SSQ6 selon le mode d'installation

Test de Corrélation

Un test de corrélation de Pearson entre les parties du MBI et les parties du SSQ6 a été réalisé (tableau 6).

Concernant le score N, il était mis en évidence des $p < 0,05$ pour l'EE avec un r négatif, et pour l'AP avec un r positif. Pour la DP, l'analyse retrouvait $p = 0,365$.

Concernant le score S, il était mis en évidence des $p < 0,05$ pour toutes les parties du MBI avec un r négatif pour l'EE et la DP, et un r positif pour l'AP.

		SSQ6		
		Score N	Score S	
MBI	Epuisement émotionnel	Pearson's r (p)	-0,232 (< 0,001)	-0,219 (0,002)
	Dépersonnalisation	Pearson's r (p)	-0,063 (0,365)	-0,143 (0,041)
	Accomplissement personnel	Pearson's r (p)	0,201 (0,004)	0,212 (0,002)

Tableau 6 : test de corrélation de Pearson entre le MBI et le SSQ6

Discussion

MBI et burnout

La comparaison des moyennes du score MBI ne met en évidence aucune différence statistiquement significative tant pour l'épuisement émotionnel ($p = 0,536$) que pour la dépersonnalisation ($p = 0,182$) ou l'accomplissement personnel ($p = 0,613$).

Dans la littérature, il était observé une moyenne d'EE à 21,9, soit dans le tiers à risque intermédiaire. Dans notre population, ce score moyen d'EE est à 15,3, soit dans le tiers à risque faible défini par Maslach. Cette différence de score d'EE entre notre population et la littérature est supérieure à la différence attendue calculée lors de la construction de l'étude et ne peut être négligée. Une telle différence n'est pas retrouvée pour la DP (8,7 contre 8,5) ni pour l'AP (36,4 contre 36,7). Cela pose la question d'un biais de recrutement et/ou de déclaration.

Le recrutement était réalisé par questionnaire en ligne avec prise de contact par e-mail et sur la base du volontariat. Le taux de participation était de 8 %. Des taux de participation similaires sont retrouvés pour les thèses d'internes avec questionnaire en ligne.

Le recrutement a pu être biaisé par une moindre participation des médecins en burnout ou à la limite du burnout. Une sur-participation des médecins intéressés par le sujet peut être avancée, soit parce qu'ils y ont déjà été confrontés ou qu'ils ont mis en place des stratégies pour lutter contre.

Le mode d'installation est une question importante dans la vie professionnelle des médecins. Il est possible qu'ils aient minimisé leurs réponses, inconsciemment ou non, afin de valoriser leur mode d'installation ou de se rassurer dans leurs choix.

Ces hypothèses ont toutes comme limite de ne pas expliquer cette différence isolée de l'EE. Cela, couplé à un faible taux de réponse, limite l'extrapolation de nos résultats malgré un bassin d'étude assez large.

Le groupe Autre comprenait proportionnellement des médecins plus âgés et davantage de femmes que le groupe MSP. De plus, lors de l'analyse des facteurs de risque, une différence statistiquement significative d'épuisement émotionnel a été retrouvée en fonction du sexe ($p = 0,011$) et de la participation à une FMC ($p = 0,020$). Aucune différence n'a été retrouvée pour la DP ni pour l'AP.

La régression linéaire de l'épuisement émotionnel permet de s'affranchir de l'impact de ces facteurs. Elle ne met en évidence aucune différence statistiquement significative selon le mode d'installation ($p = 0,386$).

Elle fait ressortir que la présence d'enfant à charge ($p = 0,044$) et la participation à une FMC ($p = 0,011$) sont associés à une diminution du score d'EE. Ces résultats sont conformes aux données de la littérature (5,15).

Ces résultats montrent également que le sexe féminin est un facteur favorisant l'EE ($p = 0,018$). Son impact sur le burnout est controversé (1,2,4,15,18). En effet, certains auteurs retrouvent des résultats similaires alors que d'autres ne retrouvent pas de lien, voire une majoration de la DP pour le sexe masculin.

Une installation de moins de dix ans est aussi un facteur de risque controversé (2,4) qui aurait pu être étudié. Du fait de la nouveauté des MSP, les médecins s'y sont installés depuis peu. Cette différence de durée d'installation pourrait masquer un effet protecteur de la MSP qu'il serait intéressant d'étudier dans quelques années.

Le questionnaire MBI est très largement utilisé dans les études en lien avec le burnout. Cela permet de comparer ces résultats à ceux de la littérature.

En revanche, on peut citer quelques limites du MBI, par exemple concernant la fiabilité insatisfaisante de la version française au sujet de la dépersonnalisation probablement en lien avec la sémantique (10).

Selon les études, la prévalence du burnout chez les médecins généralistes français varie de 5 à 65 % (4,24). Ces chiffres fluctuent d'une étude à l'autre en l'absence d'une utilisation précise

du MBI pour définir le burnout, selon la prise en compte d'un seul sous-score à risque élevé ou de l'association de plusieurs, voire des trois (1,2,4). Ce flou laisse la liberté au chercheur de définir le burnout comme il le souhaite et ne permet pas toujours de comparer les résultats. Selon Bontoux, 46 % des médecins sont en burnout avec au moins 1 score élevé (2). Pour Cathebras, si le burnout est défini par les 3 sous-scores élevés cela correspond à 5 % de sa population, alors que s'il est défini par l'association de l'EE et de la DP élevé cela correspond à 44,5 % (4).

SSQ6 et soutien social

La comparaison des scores SSQ6 ne révèle pas de différence statistiquement significative entre le groupe MSP et le groupe Autre. Même s'il est impossible de conclure sur ce point, il semblerait que le mode d'installation n'impacterait pas ou peu le soutien social.

L'argument d'un meilleur soutien social en MSP se fonde principalement sur un nombre plus important de collègues et d'interactions régulières avec ceux-ci, en cas de problème ou sur des temps d'échange donnés.

Le résultat pose alors plusieurs questions. Le soutien social des médecins provient-il majoritairement de leurs collègues, ou de leur entourage familial et amical ? Si les collègues jouent un rôle majeur pour les médecins en MSP, est-ce au détriment de relations extérieures à la MSP ? À l'inverse, les médecins hors MSP arrivent-ils à obtenir le même soutien auprès de leurs confrères (partageant le cabinet, rencontré en groupe de pairs, etc.) ?

Le SSQ6 n'offre qu'un aperçu du réseau social et de la satisfaction obtenue. Il ne pose pas la question de la source du soutien, ce qui a été parfois reproché par les médecins questionnés. Dans notre travail il n'est pas étudié les recours des médecins en MSP mais s'ils améliorent le soutien social global. Car c'est ce soutien social global qui est avancé comme facteur protecteur du burnout. Or l'absence de différence statistiquement significative suggère que les individus trouvent un soutien satisfaisant dans différentes sphères sociales selon le besoin.

Sous réserve de confirmer nos résultats par une étude dédiée, il ne paraît pas pertinent de chercher à caractériser la source du soutien social selon le mode d'installation, celle-ci ayant un impact limité sur sa qualité.

Burnout et soutien social

Le test de corrélation entre le MBI et le SSQ6 révèle une association positive entre AP et le score N et S. Il retrouvait une association négative entre EE et le score N et S, et entre DP et le score S.

Le soutien social est évoqué comme une ressource protégeant les individus placés dans des situations de travail stressantes. La corrélation dans cette étude entre les scores de MBI et du SSQ6 abonde dans ce sens. La présence d'un soutien social efficient, en termes de personnes disponibles et de satisfaction envers l'aide fournie, pourrait être un facteur protecteur de la survenue d'un burnout.

Nous ne pouvons bien sûr pas conclure formellement sur ce point sans une étude dédiée. Mais devant ces résultats, l'évaluation du soutien social pourrait être envisagée lors du dépistage et de la prise en charge du risque de burnout. Cela s'intégrerait dans l'approche centrée sur le patient, par l'évaluation globale de la personne et de ses ressources.

Retours d'expérience

Quelques médecins nous ont fait des retours par e-mail de leur expérience en MSP, malgré l'absence de zone de texte libre dans notre questionnaire.

Certains nous ont communiqué le soulagement que leur avait procuré leur installation en MSP. L'aménagement du temps de travail de 4 à 3 jours a permis à un médecin d'éviter le burnout. Un autre nous a raconté avoir souffert du départ de ses collègues à la retraite et que la mise en place d'une MSP avait attiré des médecins dans son territoire lui permettant de retrouver un équilibre.

D'autres nous ont expliqué avoir souffert d'épuisement en lien avec la MSP. Ce mode d'installation nécessite de répondre à certaines exigences (travail d'équipe, projets de santé, financements) qui sont chronophages. Le travail du médecin ne dépend plus seulement de lui mais également de la structure. Celle-ci impose des tâches supplémentaires, qui se rajoutent à l'activité du médecin.

Il nous a été rapporté que la position que prend le médecin au sein de la MSP a un impact important sur cette charge de travail supplémentaire. Chaque professionnel n'est pas autant impliqué dans la réalisation des tâches et les plus investis peuvent se sentir submergés ou abandonnés.

Le travail d'équipe nécessite des compromis. Plus il y a d'éléments partagés, plus il y a de sujets de discorde, pouvant conduire à des conflits. Par exemple, des médecins nous ont dit avoir quitté leur MSP suite à des conflits avec un confrère concernant la gestion administrative et financière de la structure, empoisonnant l'ambiance de travail.

Conclusion

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sont souvent présentées comme un moyen de protéger les professionnels de santé de la survenue d'un burnout, tant par l'amélioration des conditions de travail que par un meilleur soutien social. Nous avons réalisé une étude observationnelle auprès de médecins généralistes libéraux installés en Rhône Alpes pour déterminer si l'installation en MSP modifiait le risque de survenue de burnout ainsi que leur soutien social. Un questionnaire en ligne, contenant le MBI et le SSQ6, a été communiqué aux médecins par e-mail. Nos deux groupes étaient comparables sauf pour l'âge et le sexe.

Selon nos résultats, le risque de burnout n'est pas modifié par le mode d'installation. Des recherches complémentaires seraient intéressantes pour confirmer ces résultats. Par exemple, une étude semblable pourrait être menée dans quelques années lorsque les MSP seront moins récentes afin de s'affranchir de l'augmentation du risque de burnout lors d'une installation de moins de dix ans.

Il serait aussi intéressant d'étudier de manière spécifique le soutien social en fonction du mode d'installation afin de savoir s'il est modifié par ce dernier.

Cette étude pose la question de la gestion du risque de burnout. Si le mode d'installation ne modifie pas ce risque, promouvoir un mode d'installation dans ce but ne paraît pas légitime. Chaque type d'installation vient avec son lot d'avantages et d'inconvénients, aucun ne pouvant correspondre aux besoins de tous. La pluralité des modes d'installation semble être un atout permettant à chacun de s'épanouir dans son travail.

Références

1. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. *Exercer*. 2012;23(101):72-78.
2. Bontoux E. Prévalence et facteurs de risque du burnout chez les médecins généralistes du Gers. Thèse de Médecine. Université Toulouse III;2016,44p.
3. Bruchon-Schweitzer M, Rasclé N, Cousson-Gélie F, Bidan-Fortier C, Sifakis Y, Constant A. Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6) : Une adaptation française. *Psychologie Française*. 2003;48(3):41-53.
4. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *La Presse Médicale*. 2004;33(22):1569-1574.
5. Didier F. Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Thèse de Médecine. Université Poitiers;2013,156p.
6. FFMPs, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Définition et législation, Présentation. [En ligne] <https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/presentation-msp/>. Consulté le 4 janvier 2019
7. Freudenberger, HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159-165.
8. Guillemot-Lequipe M. Une installation en maison de santé pluridisciplinaire est-elle protectrice contre le burn-out? Thèse de Médecine. Université Poitiers;2016,182p.
9. HAS, Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. 2017 [En ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout. Consulté le 20 mai 2019
10. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Risques psychosociaux : outils d'évaluation Maslach Burnout Inventory (MBI). *Ref Sante Travail*. 2012;26(131):157-159.
11. Larouche, LM. Manifestations cliniques du "burn out" chez les médecins. *Santé mentale au Québec*. 1985;10(2):145-150.
12. Latourelle J. Le burnout des médecins spécialistes libéraux de la région Poitou-Charentes. Thèse de Médecine. Université Poitiers;2004,172p.
13. Legifrance. Code de la santé publique - Article L6323-3 [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038886477&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190727>. Consulté le 17 août 2019

14. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Thèse de médecine. Université Grenoble Alpes;2011,135p.
15. Mangen MH. Etude du burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois. Thèse de Médecine. Université Paris XI;2007,119p.
16. Maslach C. Burned-out. *Human Behavior*. 1976;5(9):16-22.
17. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Third Edition. Palo Alto:Consulting Psychologists Press; 1996,191-218.
18. Massou S, Doghmi N, Belhaj A, et al. Enquête sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les personnels d'anesthésie réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2013;171(8):538-542.
19. Ruiller C. Construction d'une échelle de la perception du soutien social : premiers résultats d'une étude de cas sur un centre hospitalier. Doctorat au Centre de Recherche en économie et management, CNRS UMR 6211. Université de Rennes 1;2007,23p.
20. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing Social Support : The Social Support Questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44(1):127-139.
21. Tabone A. Evolution à 15 ans de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes de la Loire. Thèse de Médecine. Université Grenoble Alpes;2018,34p.
22. Thoits PA. Stress, Coping, and Social Support Processes : Where Are We ? What next ? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995,35(Extra Issue):53-79.
23. Vervialle A. Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires : une réponse aux besoins de renouvellement des soins de premier recours ? Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. SciencePo Rennes;2011,72p.
24. Veyssier-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *La Revue de Médecine Interne*. 2015;36(4):233-236.

Annexe 1

Texte explicatif en début de questionnaire

Chère consœur, cher confrère,

Merci d'avoir accepté de répondre à notre questionnaire de recherche.

Notre thèse a pour objectif de montrer si les médecins généralistes exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles sont davantage protégés contre le burnout que leurs homologues ayant un exercice traditionnel.

Les informations vous ont été fournies dans un mail exprès et sont sinon disponibles en [cliquant ici](#).

Nous vous proposons donc de répondre à un questionnaire, anonymisé, composé de 3 parties après le consentement, dont le temps de passation total est estimé à 11 minutes.

Nous sommes à votre disposition pour toutes questions complémentaires.

Nous vous remercions grandement pour le temps que vous nous consacrez,

Bien confraternellement,

Claire AGERON BLANC et Corentin REGENT

Nous conseillons d'ouvrir le questionnaire sur un ordinateur pour un affichage optimal.

Annexe 2

Questionnaire en ligne

Consentement

Je soussigné(e) (*nom et prénom*)

(Cette information ne sera ni extraite lors de l'analyse, ni diffusée.)

accepte de participer à l'étude : Lien entre Mode d'Installation et Burnout en Médecine Générale.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Claire AGERON-BLANC et/ou Corentin REGENT.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret professionnel, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données anonymisées recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès d'un des deux investigateurs.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à (*lieu*) le (*date*)

Questionnaire socio-démographique

Quel est votre sexe ? Homme Femme

Quel est votre âge ? Ans

Quel est votre statut marital ? En couple depuis plus de 2 ans
Célibataire ou en couple depuis moins de 2 ans

Avez-vous des enfants à charge ? Oui Non combien :

Participez-vous a une formation médicale continue ? Oui Non

Exercez-vous un en majorité (>50% du temps de travail) un Mode d'Exercice
Particulier (Homéopathie, acupuncture, hypnose etc...) ? Oui Non

Maslach Burnout Inventory

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

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

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

ITEM	FREQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. 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
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille «trop dur» dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	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 malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	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 malades me rendent responsables de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

Le SSQ6 (Social Support Questionnaire)

Instructions:

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties :

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu.

Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme "aucune personne" mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question.

Merci de répondre de votre mieux à toutes les questions.

Vos réponses resteront confidentielles.

1-Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide? (N1)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S2)

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
---------------------	----------------	-----------------------	---------------------	--------------	-------------------

2-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé? (N2)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S2)

1. Très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5. Satisfait 6. Très satisfait

3- Qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et mauvais côtés? (N3)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S3)

1. Très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5. Satisfait 6. Très satisfait

4. En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive? (N4)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S4)

1. Très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5. Satisfait 6. Très satisfait

5- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir? (N5)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S5)

1. Très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5. Satisfait 6. Très satisfait

**6-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé?
(N6)**

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S6)

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
------------------------	----------------	--------------------------	---------------------	--------------	----------------------

Annexe 3

Fiche d'information aux participants

Chère Consœur, Cher Confrère,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre d'un travail de recherche du Département de Médecine Générale, de l'Université Grenoble Alpes, faisant objet d'un travail de thèse.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, de réfléchir à votre participation et nous restons à votre disposition en cas de question complémentaire.

Intitulé de l'étude :

Apport des maisons de santé pluridisciplinaires en prévention du burnout chez les généralistes libéraux

Etude sous la direction du Dr Moulin Maxime

Investigateurs principaux : Claire AGERON BLANC et Corentin REGENT

But de l'étude :

Le burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, semble de plus en plus observé chez les médecins généralistes. Le burnout est associé à la charge de travail, la charge administrative, le manque de soutien social. Depuis une vingtaine d'années, de nombreuses maisons de santé émergent comme alternative à l'exercice libéral traditionnel et permettrait une optimisation des conditions de travail ainsi qu'une diminution de l'isolement du médecin généraliste.

La maison de santé pluriprofessionnelle est présentée dans les discours politiques ou communautaires comme une protection contre le burnout. Cependant, cette hypothèse n'a jamais été vérifiée ou fait l'objet d'étude.

Pour cela nous posons la question : Existe-t-il une différence de risque de survenue de burnout entre les généralistes libéraux exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle et ceux ayant un autre mode d'installation.

Ce risque sera évalué par méthode quantitative en utilisant une échelle reconnue de risque de burnout : le score MBI.

Cette possible diminution du risque de burnout pourrait être en lien avec un possible meilleur soutien social, que nous avons décidé d'explorer en question secondaire à travers le score SSQ6.

Nous nous tournons donc vers vous aujourd'hui afin de nous permettre de réaliser cette étude, en répondant à un questionnaire en ligne qui, après votre consentement, sera divisé en 3 parties : Questions socio-démographiques / Score MBI / Score SSQ6. La durée de passation du questionnaire est estimée à 11 minutes.

Engagement du participant :

Il s'engage à participer à un questionnaire en ligne autour du thème de notre étude.

Il déclare sur l'honneur être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades), les résultats globaux de l'étude pourront lui être communiqués s'il le souhaite.

Engagement des investigateurs principaux :

Il s'engage à mener l'enquête dans les limites du territoire rhônalpin.

En tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté du participant :

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet. Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront lui être communiqués s'il le souhaite.

Information du participant :

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Frais :

La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de participation financière de sa part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

Confidentialité des informations :

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonymisée et confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif.

Législation :

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude.

Claire Ageron-Blanc & Corentin Régent

these.ageron.regent@gmail.com – 06***** / 06*****

Dr Moulin Maxime (maxime.moulin@ch-metropole-savoie.fr / 06*****)

Annexe 4

Contenu du mail de diffusion du questionnaire

Chère consœur, cher confrère,

Nous vous contactons afin de vous présenter notre travail de thèse de médecine générale.

Elle a pour objectif de **rechercher s'il existe une différence de risque de survenue de burnout entre les généralistes libéraux exerçant en maison de santé pluridisciplinaire et ceux ayant un autre mode d'installation.**

Pour cela nous vous proposons de répondre à un questionnaire, anonymisé, composé de 3 parties, dont le temps de passation total est estimé à 11 minutes.

Le questionnaire est disponible en cliquant [ici](#) .

Une fiche d'information est jointe à cet email, nous restons à votre disposition pour toutes questions complémentaires.

Nous vous remercions grandement pour le temps que vous nous consacrez,

Bien confraternellement

Claire AGERON-BLANC - Corentin REGENT

Internes de médecine générale, 5eme semestre CHU Grenoble Alpes

these.ageron.regent@gmail.com

06 ** ** ** ** - 06 ** ** ** ** **

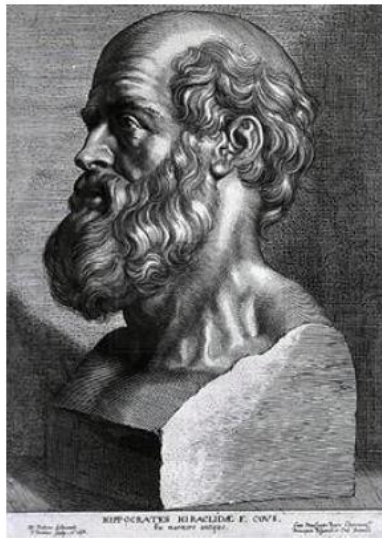
NB1 : Dans le cas ou vous souhaitez modifier ou supprimer vos données, merci de nous contacter par mail.

NB2 : Le résultat de cette étude pourra vous être communiqué sur simple demande.

Annexe 5

Calcul de sujets nécessaires

- Épuisement émotionnel : Test bilatéral
Moyenne observée : 21,9 ; objectif : 17 ; écart type : 11,9
Risque Alpha 0,017
Risque Béta 0,8
Nombre de sujets nécessaires dans chaque groupe : 119
- Dépersonnalisation : Test bilatéral
Moyenne observée : 8,5 ; objectif : 5 ; écart type : 6,25
Risque Alpha 0,017
Risque Béta 0,8
Nombre de sujets nécessaires dans chaque groupe : 65
- Accomplissement personnel : Test bilatéral
Moyenne observée : 36,7 ; objectif : 40 ; écart type : 7
Risque Alpha 0,017
Risque Béta 0,8
Nombre de sujets nécessaires dans chaque groupe : 91



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.