

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 9 décembre 2013 à Poitiers
par Florian DIDIER

**Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de
santé pluriprofessionnelle**

Enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Monsieur le Docteur Eric BEN-BRIK
Monsieur le Docteur Stéphane BOUGES

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 9 décembre 2013 à Poitiers
par **Florian DIDIER**

**Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de
santé pluriprofessionnelle**

Enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Monsieur le Docteur Eric BEN-BRIK
Monsieur le Docteur Stéphane BOUGES

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (surnombre)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Roblot,

Vous me faites le grand honneur de porter de l'intérêt à ce travail et de présider ce jury de thèse. Veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Senon,

Vous avez accepté de faire partie de ce jury, veuillez trouver ici en retour l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Ben-Brik,

Je suis sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de porter un jugement sur mon travail et vous en remercie.

A Monsieur le Docteur Bouges,

Vous portez un regard à la fois intéressé et bienveillant sur mon travail. Je vous remercie sincèrement de faire partie de ce jury.

A Monsieur le Docteur Birault,

Vous m'avez fait l'honneur de me confier ce travail et de m'aider à le mener à bien. Un grand merci François pour m'avoir accompagné tout au long de mon Internat.

A Philippe,

Merci pour ta collaboration dans cette étude, on en est finalement arrivé au bout !

A Caroline, Emmanuel, Boris et sa maman,

Merci à mes consciencieux relecteurs qui ont porté un regard attentif et critique à mes écrits.

Aux médecins interrogés pour l'étude,

Vous avez accepté avec intérêt et curiosité de m'accorder un peu de votre temps et de vous confier avec sincérité. Veuillez accepter en retour ma reconnaissance et mes remerciements.

A Pablo, Robert, Stéphanie, Anne-Sophie, Florent, Emmanuel, Gilles, Jean-François et Olivier,

Vous m'avez réservé un accueil attentionné et chaleureux, m'avez fait confiance, participé pleinement à mon apprentissage et renforcé mon engagement pour ce si beau métier que celui de médecin généraliste. Je vous serai toujours reconnaissant pour cela.

A mes Co-Internes, Pierre, Benoît et Aurélie,

Merci de m'avoir aidé et surtout supporté pendant les stages qui nous ont réunis !

A ma « petite femme », Caroline,

Aucun mot ne me permettra de te dire tout ce que tu représentes pour moi et je ne saurai jamais assez te remercier pour tout ce que tu m'apportes. Tu me rends heureux et me combles. Merci d'être toi. Je t'aime !

A mon fils, Théo,

Tu remplis un peu plus chaque jour ma vie de bonheur et fierté. J'espère être à la hauteur pour les années à venir. Je t'aime p'tit mec !

A ma mère,

Tu as fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui et t'en remercie.

A mon père,

Malgré toutes les épreuves que tu as rencontrées tu as réussi à t'en sortir la tête haute. Je suis heureux que tu sois de retour dans nos vies.

A ma sœur, Linda,

Merci à toi d'être toujours là, dans les bons comme dans les mauvais moments. Tu mérites amplement le bonheur qui t'entoure désormais. De « Florimont » à « Touqui », les années sont passées mais rien ne nous sépare, j'espère qu'il en sera toujours ainsi.

A mon frère, Frédéric,

Tu as toujours été un exemple de travail et de détermination pour moi. Ton soutien et ta présence dans ma vie comptent beaucoup pour moi. Fais attention à prendre soin de toi grand frère !

A mes belles-sœurs, Laurence et Florence,

Pièces rapportées mais de qualité !

A ma belle-famille, Sylvie, Guy, Elodie, Benoît et Anthony,

Un grand merci pour m'avoir accueilli à bras ouverts dans votre famille et pour le soutien que vous m'apportez.

A mes nièces et neveux, Emma, Morgane, Nathan et Ethan,

Votre Tonton vous embrasse ! Hâte de vous voir tous grandir.

A tous mes amis, Kevin, Alex, Yo depuis le Lycée et autres « Michel, Mitch ou Bobby » depuis la Fac (Bobo, Loulou, Pipette, Catie, Douby, Bastien, Jules, Polo, Alex, Mathieu, Steph, ...)

Merci de m'avoir accompagné pendant toutes ces années, pour toutes les soirées et très bons moments passés ensemble, et pour tous les autres à venir !

A Cynthia et Emmanuel,

Vous m'apportez votre confiance en m'ouvrant les portes de votre cabinet. J'espère ne pas vous décevoir et je ne doute pas que l'on passera de très bons moments ensemble !

Abréviations

AAPML : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux

APSS : Association Pour les Soins aux Soignants

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

ASIP : Agence des Systèmes d'Informations Partagées

BDSP : Banque de données en Santé Publique

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CMA : Canadian Medical Association

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPA : Canadian Psychiatric Association

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EGPRN : European General Practice Research Network

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

FIQCS : Fonds d'Intervention Régional

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FMESPP : Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

FRMPS : Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé

FMC : Formation Médicale Continue

GDP : Groupes De Pairs

HAS : Haute Autorité de la Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

IDE : Infirmières Diplômées d'Etat

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MBI : Maslach Burnout Inventory

MeSH : Medical Subject Headings

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PAIMM : Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

PAPS : Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé

PCMH : Patient-Centered Medical Home

PHP : Practitioner Health Programme

SCI : Société Civile Immobilière

SCM : Société Civile de Moyen

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SCP : Société Civile Professionnelle

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

TACT : Techniques et Applications de la Communication en Thérapie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ZUS : Zones Urbaines Sensibles

Table des matières

<i>Liste des enseignants de la faculté</i>	2
<i>Remerciements</i>	4
<i>Abréviations</i>	6
<i>Table des matières</i>	8
<i>Table des illustrations</i>	11
I-Introduction	12
❖ <u>I.1 Contexte</u>	14
- I.1.1 Le burnout	14
o I.1.1.1 Concept et historique	14
o I.1.1.2 Méthodes d'évaluation	15
o I.1.1.3 Prévalence	16
o I.1.1.4 Facteurs de risque et facteurs protecteurs	18
➤ I.1.1.4.1 Variables intra-individuelles	19
➤ I.1.1.4.2 Variables organisationnelles	23
➤ I.1.1.4.3 Variables inter-individuelles	25
o I.1.1.5 Conséquences	26
➤ I.1.1.5.1 Sur le praticien	26
➤ I.1.1.5.2 Sur l'offre de soins	27
➤ I.1.1.5.3 Sur la qualité des soins	27
o I.1.1.6 Prévention / Prise en charge	28
➤ I.1.1.6.1 Prévention primaire	29
➤ I.1.1.6.2 Prévention secondaire	30
➤ I.1.1.6.3 Prévention tertiaire	32
- I.1.2 Les maisons de santé pluriprofessionnelles	37
o I.1.2.1 Historique, aspect réglementaire et définitions	37
o I.1.2.2 Contexte et objectifs	39
➤ I.1.2.2.1 Rénover les soins de premier recours	39
➤ I.1.2.2.2 Faciliter l'accès à des soins de qualité pour tous	40
o I.1.2.3 Montage et financement	41
o I.1.2.4 Démographie / Projets	43
o I.1.2.5 Evaluation des maisons de santé	46
➤ I.1.2.5.1 Avantages	46
➤ I.1.2.5.2 Inconvénients	47
❖ <u>I.2 Problématique et question de recherche</u>	48
❖ <u>I.3 Objectifs de l'étude</u>	50
❖ <u>I.4 Hypothèses de recherche</u>	50
II-Matériel et méthodes	51
❖ <u>II.1 Recherche bibliographique</u>	52
- II.1.1 Bases bibliographiques	52
o II.1.1.1 Bases de données en ligne	52
o II.1.1.2 Moteurs de recherche	52
o II.1.1.3 Revues scientifiques et médicales	52
o II.1.1.4 Sites officiels de structures faisant autorité	53
o II.1.1.5 Littérature grise	53

-	II.1.2 Mots clés	53
o	II.1.2.1 En français	53
o	II.1.2.2 En anglais	54
❖	<u>II.2 Méthodologie de l'enquête</u>	55
-	II.2.1 Type d'étude et démarche qualitative	55
-	II.2.2 Population étudiée	56
-	II.2.3 L'enquête : entretien semi-dirigé	58
-	II.2.4 Verbatim, retranscription, anonymisation/ validation des données	60
-	II.2.5 Analyse des données textuelles	61
-	II.2.6 Considérations éthiques	63
	III-Résultats	64
❖	<u>III.1 Caractéristiques démographiques des médecins interrogés</u>	65
-	III.1.1 Age et sexe	65
-	III.1.2 Situation familiale	65
-	III.1.3 Lieu et type d'exercice	66
-	III.1.4 Activités complémentaires	66
-	III.1.5 Temps de travail hebdomadaire et congés annuels	67
❖	<u>III.2 Principaux résultats de l'étude</u>	68
-	III.2.1 L'épuisement professionnel	68
o	III.2.1.1 Résultats à l'auto-évaluation MBI	68
o	III.2.1.2 Texte libre en fin de questionnaire du MBI	69
o	III.2.1.3 L'évaluation du burnout	70
o	III.2.1.4 Ressenti du burnout	70
o	III.2.1.5 En résumé	71
-	III.2.2 Protection vis-à-vis de l'épuisement professionnel	72
o	III.2.2.1 En maison de santé pluriprofessionnelle	72
➤	III.2.2.1.1 Bénéfice professionnel partagé	72
➤	III.2.2.1.2 Bénéfice professionnel personnel	77
➤	III.2.2.1.3 Bénéfice sur les plans matériel et technique	80
➤	III.2.2.1.4 Bénéfice concernant patients et prise en charge	81
➤	III.2.2.1.5 Bénéfice personnel	83
o	III.2.2.2 Indépendamment du mode d'exercice	86
➤	III.2.2.2.1 L'indépendance	86
➤	III.2.2.2.2 La régulation médicale	86
➤	III.2.2.2.3 Le secrétariat	86
➤	III.2.2.2.4 Les vacances	87
➤	III.2.2.2.5 La famille	87
➤	III.2.2.2.6 L'adulation des patients	87
➤	III.2.2.2.7 En résumé	88
-	III.2.3 Majoration du risque d'épuisement professionnel	89
o	III.2.3.1 En maison de santé pluriprofessionnelle	89
➤	III.2.3.1.1 Difficultés d'ordre professionnel	89
➤	III.2.3.1.2 Contraintes financières	90
➤	III.2.3.1.3 Difficultés liées au travail en équipe	91
➤	III.2.3.1.4 Difficultés liées à la structure	93
➤	III.2.3.1.5 En résumé	95
o	III.2.3.2 Liée à l'exercice isolé	96
➤	III.2.3.2.1 Absence de secrétariat	96
➤	III.2.3.2.2 Surcharge de travail	96
➤	III.2.3.2.3 En résumé	96

o	III.2.3.3 Liée à la profession	97
➤	III.2.3.3.1 Propre à une époque	97
➤	III.2.3.3.2 Gestion personnelle de son métier	97
➤	III.2.3.3.3 Rapports aux tiers	98
➤	III.2.3.3.4 Couverture sociale	99
➤	III.2.3.3.5 En résumé	99
IV-	Discussion	100
❖	IV.1 Discussion de la méthode	101
-	IV.1.1 Points forts de l'étude	101
o	IV.1.1.1 Choix du qualitatif	101
o	IV.1.1.2 Recueil de données	101
o	IV.1.1.3 Analyse des données	103
-	IV.1.2 Validité interne / externe	104
-	IV.1.3 Limites de l'étude	106
o	IV.1.2.1 Constitution de l'échantillon	106
o	IV.1.2.2 Entretiens	107
❖	IV.2 Discussion des résultats	110
-	IV.2.1 Résumé, analyse et critique des résultats	110
o	IV.2.1.1 Principaux résultats	110
o	IV.2.1.2 Une prévention à différents niveaux	111
o	IV.2.1.3 Différences vécu / attentes	113
o	IV.2.1.4 Propos selon niveau d'épuisement professionnel	114
-	IV.2.2 Comparaison à la littérature	116
o	IV.2.2.1 Confirmation de certains résultats	116
o	IV.2.2.2 Opposition à certains résultats	117
o	IV.2.2.3 Emergence de nouvelles données	118
-	IV.2.3 Perspectives	119
o	IV.2.3.1 Applications des résultats de l'étude	119
➤	IV.2.3.1.1 : Autres modes d'exercice	119
➤	IV.2.3.1.2 : Applications aux maisons de santé	120
✓	IV.2.3.1.2.a) Solutions aux limites avancées	120
✓	IV.2.3.1.2.b) Proposition de recommandations	123
o	IV.2.3.2 Travaux complémentaires	127
V-	Conclusion	128
VI-	Bibliographie	131
VII-	Annexes	141
❖	VII.1 Trame d'entretien	142
❖	VII.2 Caractéristiques des différents médecins interrogés	145
❖	VII.3 Invitation / relance pour compléter le questionnaire MBI	148
❖	VII.4. Invitation à vérifier la retranscription	148
❖	VII.5 Questionnaire burnout en ligne	149
❖	VII.6 Entretiens complets (CD-ROM joint en 3 ^{ème} de couverture)	151
❖	VII.7 Résultats au questionnaire en ligne (CD-ROM joint en 3 ^{ème} de couverture)	151
❖	VII.8 Résumé des recommandations	152
VIII-	Résumé	153
IX-	Serment d'Hippocrate	154

Table des illustrations

Figure 1 : Maisons et pôles de santé en fonctionnement au 31 janvier 2013	44
Figure 2 : Maisons et pôles de santé avec ouverture prévue en 2013 ou en 2014	44
Figure 3 : Pôles et Maisons de santé pluridisciplinaires en Poitou-Charentes	45
Figure 4 : Durée d'entretien	60
Figure 5 : Lieu d'entretien	60
Figure 6 : Âge et sexe des médecins	65
Figure 7 : Situation familiale des médecins interrogés	65
Figure 8 : Lieu et type d'exercice des médecins interrogés	66
Figure 9 : Activités complémentaires des médecins interrogés	66
Figure 10 : Temps de travail et congés des médecins interrogés	67
Figure 11 : Prévalence du burnout (répondants au MBI)	68
Figure 12 : Epuisement émotionnel (répondants au MBI)	68
Figure 13 : Dépersonnalisation (répondants au MBI)	69
Figure 14 : Diminution de l'accomplissement professionnel (répondants au MBI)	69

I-Introduction

Les soins primaires connaissent actuellement, et depuis plusieurs années, une profonde remise en question conceptuelle et organisationnelle. De nombreux travaux ont vu le jour ces dernières années, mettant en avant la nécessité de profonds changements compte tenu de difficultés concernant, par exemple, l'accès aux soins, la démographie médicale, les coûts de santé ou encore la réorganisation des pratiques. Dans ce contexte actuel, deux notions prennent une nette ampleur : l'épuisement professionnel (ou burnout) des médecins généralistes, comme source de certaines de ces difficultés, et les maisons de santé pluriprofessionnelles, présentées comme une possibilité de pallier à ces problématiques.

Il paraît essentiel et intéressant, dans le cadre de notre formation de médecin généraliste, de nous enquérir très tôt de ces problématiques et de nous impliquer pour l'efficacité et la qualité de notre système de soin. Ces deux notions, que sont l'épuisement professionnel et les maisons de santé, s'intègrent ainsi parfaitement dans des démarches de développement organisationnel, d'amélioration des pratiques et d'évaluation des outils professionnels, c'est pourquoi nous avons décidé de nous y intéresser.

Le burnout fait désormais partie intégrante du paysage professionnel, et notamment médical, français. Reconnu et bien étudié, ce concept serait pour certains en cause dans les difficultés que connaît le système de soins actuellement. C'est pourquoi certaines propositions pour le prendre en charge à différents niveaux ont été faites. La maison de santé pluriprofessionnelle, nouveau mode d'exercice et d'organisation en soins primaires, fait partie de ces solutions avancées, motivant ainsi la démarche actuelle de promotion de ce type de structure par l'État et les autorités de santé françaises, allant dans le sens de nombreux professionnels de santé.

Certains travaux ont permis de mettre effectivement en avant un effet protecteur, vis-à-vis du risque d'épuisement professionnel, de l'exercice en maison de santé. Cependant, trop peu d'études appuyant cet engouement étaient de méthodologie adaptée à la mise en évidence de cette relation et aucune d'entre elle n'a pu déterminer avec poids et rigueur quels facteurs de ce mode d'exercice permettaient un tel bénéfice.

Nous nous sommes donc demandé quels pouvaient être ces facteurs, faisant de la maison de santé pluriprofessionnelle une réponse à la problématique du burnout des médecins généralistes attirés par ce mode d'exercice ou y exerçant déjà. Avant d'aborder les résultats de cette étude, nous détaillerons l'état des connaissances sur le sujet, notre réflexion qui en a découlé et la méthodologie employée pour répondre à nos objectifs.

❖ I.1 Contexte

- I.1.1 Le burnout

○ I.1.1.1 Concept et historique

Le burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, est une pathologie professionnelle intimement liée à la relation d'aide (1).

Le terme burnout est introduit pour la première fois en 1969 par Bradley, afin d'évoquer un stress particulier lié au travail (2).

Sa première description clinique date de 1974 par Freudenberger (3), soulignant alors une association de symptômes comportementaux, d'attitudes négatives, de cynisme et de stratégies de surenchère, ou à l'inverse d'évitement, à l'origine d'un « *épuisement émotionnel et mental* » ou « *craquage* » relevé chez les soignants avec qui il travaillait. Il y associera alors le terme de « *burnout* », relié selon lui principalement à des facteurs personnels. La définition qu'il en donne en 1980 est la suivante :

« Un état de fatigue chronique, de dépression et 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 en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail (4). »

Ce concept va par la suite être l'objet de nombreux travaux et sera précisé quelques années plus tard par Maslach qui, d'une part, développe cette notion à l'ensemble des professions dont l'activité suppose une implication relationnelle (5), situant davantage les causes du burnout dans l'environnement de travail et, d'autre part, permet de mettre en avant trois composantes définissant ensemble le burnout (5) :

- ❖ *L'épuisement émotionnel* : rôle central et initial dans le processus de burnout, renvoie au manque d'énergie, au sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées, souvent lié au stress et à la dépression (1).

- ❖ *La dépersonnalisation (ou cynisme pour certains)* : dimension interpersonnelle du burnout, renvoie au développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques, envers les personnes dont on s'occupe (1).

- ❖ *La diminution de l'accomplissement personnel* : représente la dimension auto-évaluative du burnout, concerne à la fois la dévalorisation de son travail et de ses compétences, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints, la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité (1).

D'autres auteurs apporteront par la suite de nombreuses définitions et description du burnout, notamment Perlman et Hartman qui décrivent le burnout comme « *une réponse au stress émotionnel chronique avec trois dimensions : a) l'épuisement émotionnel ou physique, b) la diminution de la productivité, et c) la surdépersonnalisation* (6). »

Avec le temps, la définition de Maslach et Jackson (5) fait consensus. Cependant, certains auteurs proposent de ne pas réserver ce concept aux seules professions à implication relationnelle, comme Leiter et Schaufeli (7) qui présentent le burnout comme « *présent dans toute occupation dans laquelle les individus sont psychologiquement engagés dans leur travail. Les emplois psychologiquement engageant épuisent les ressources cognitives, émotionnelles et physiques* ».

○ **I.1.1.2 Méthodes d'évaluation**

Le burnout étant bien défini et reconnu, il convenait donc de savoir le reconnaître et le dépister de façon formalisée et unanime. En parallèle à leur théorisation en trois facteurs du concept (5), Maslach et Jackson ont proposé un outil de mesure, le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (8), permettant d'évaluer des groupes importants et d'étudier les causes d'épuisement professionnel de façon standardisée. Constitué de vingt-deux items, répartis en trois catégories reprenant le modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson, il permet une mesure du burnout, avec un score pour chacune des trois dimensions, au travers des différentes représentations que l'on a de son travail et de ses différentes facettes. Ainsi, un score élevé aux dimensions « épuisement émotionnel » et « dépersonnalisation » correspond à un niveau élevé de burnout, alors qu'un score élevé à la dimension « réduction de l'accomplissement professionnel » signe un niveau bas.

Cette échelle a fait l'objet de nombreuses évaluations, traductions et adaptations (pour la population générale avec le *MBI-General Survey* (7) ou *MBI-Educator Survey* à destination des enseignants et formateurs). Elle est à ce jour validée et communément admise comme l'instrument de référence pour mesurer l'épuisement professionnel.

Chaque item est pondéré par un niveau de fréquence (sept niveaux, de « *jamais* » à « *chaque jour* », respectivement notés de 0 à 6). Vingt-deux questions illustrent les trois composantes du burnout selon Maslach et Jackson, répartis ainsi :

- ❖ « Epuisement émotionnel » pour les questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20
- ❖ « Dépersonnalisation » pour les questions 5, 10, 11, 15 et 22
- ❖ « Accomplissement personnel » pour les questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21

Les scores ainsi obtenus permettent de chiffrer le niveau d'atteinte pour chacune des composantes :

- ❖ Pour l'épuisement émotionnel : total inférieur à 17 : burnout bas ; total compris entre 18 et 29 : burnout modéré ; total supérieur à 30 : burnout élevé
- ❖ Pour la dépersonnalisation : total inférieur à 5 : burnout bas ; total compris entre 6 et 11 : burnout modéré ; total supérieur à 12 : burnout élevé
- ❖ Pour la diminution de l'accomplissement professionnel : total supérieur à 40 : burnout bas ; total compris entre 34 et 39 : burnout modéré ; total inférieur à 33 : burnout élevé

Bien qu'elles soient moins utilisées, d'autres échelles de mesure existent bien-sûr, notamment celle de Pines (9), le *Burnout Measure*, proposé récemment en version française par Lourel (10), s'articulant autour de vingt-et-un items, fortement corrélés à la dimension d'épuisement émotionnel du MBI de Maslach.

○ **I.1.1.3 Prévalence**

Le burnout étant un concept bien connu et de mesure standardisée possible, une évaluation de sa prévalence chez les médecins généralistes a donc été l'objet de nombreuses études, qui se sont révélées alarmantes de par l'ampleur du phénomène.

Ainsi en France, une prévalence de l'ordre de 50% chez les médecins généralistes a souvent été retrouvée.

A l'échelle nationale Vaquin-Villeminey, en 2007, a retrouvé une prévalence de 51.5% (11) dans une population de 221 médecins généralistes recrutés au sein du réseau *Sentinelles*, dont 19% en burnout de niveau moyen (association de deux composantes à un niveau élevé) et 8.1% en burnout de niveau élevé (association des trois composantes à un niveau élevé).

A l'échelle régionale, plusieurs études ont été menées par le Pr Truchot, maître de conférences en psychologie sociale à l'Université de Reims, pour le compte des URML (*Union Régionale des Médecins Libéraux*) concernées. Ainsi, en Bourgogne en 2001, lors d'une enquête menée auprès de 394 médecins libéraux, des taux élevés d'épuisement émotionnel étaient retrouvés chez 47.2% d'entre eux, de dépersonnalisation pour 32.8% et bas d'accomplissement professionnel chez 41,4% (12). En Champagne-Ardenne en 2002, une enquête auprès de 408 médecins généralistes libéraux révèle un épuisement émotionnel élevé pour 42.3%, un score de dépersonnalisation élevé pour 44.5% et un niveau bas d'accomplissement professionnel pour 31.5% d'entre eux. En Poitou-Charentes en 2004, des scores similaires sont retrouvés avec 34% d'épuisement émotionnel élevé, 40% de dépersonnalisation élevée et 44% d'accomplissement personnel bas (13). Ces chiffres sont confirmés par le travail de thèse de Zeter (14) la même année, qui retrouve au sein de la même région des prévalences comparables. De son côté, Brigden retrouve en 2012, dans un échantillon de 96 médecins généralistes du Poitou-Charentes, une prévalence du burnout de l'ordre de 32% (15).

D'autres travaux ont confirmé ces résultats : Jammes en 2010 (16) pour la région biterroise avec 35% des répondants se déclarant menacés par l'épuisement professionnel ; Dusmesnil en 2009 pour la région PACA, retrouvant des taux de 23% d'épuisement émotionnel élevé, 19.6% de dépersonnalisation de niveau élevé et une diminution de l'accomplissement professionnel de façon élevée pour 69.7% des interrogés ; Begon-Bellet en 2003 (17) pour la Loire, mettait en évidence que 5% de l'échantillon était en syndrome complet de burnout (association d'un niveau élevé dans l'ensemble des trois composantes) ; Romero-Vidal en 2010 (18) pour l'Hérault avec un taux de 38.3% d'épuisement professionnel parmi 389 médecins

généralistes ; Guérin en 2010 (19) pour la Picardie avec un taux de burnout parmi les médecins interrogés de 56% ; Galam en 2007 (20) a mis en évidence que 56% des médecins généralistes d'Ile-de-France se sentent menacés par le burnout.

En Europe, l'enquête la plus représentative est celle de l'EGPRN (*European General Practice Research Network*) (21), permettant d'avoir un point de vue de la situation au sein de 12 pays d'Europe en 2006, avec la participation de 1393 médecins généralistes. Ainsi, 43% présentaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, 35% un niveau élevé de dépersonnalisation et 32% un niveau élevé de diminution de l'accomplissement personnel, dont 12% cumulaient un score élevé dans l'ensemble de ces trois dimensions.

Ces résultats sont confirmés au niveau mondial par de nombreuses études dans divers pays, que nous ne développerons pas ici.

Des études de prévalences se sont également penchées vers les étudiants en médecine, permettant de constater que cette exposition des médecins au burnout commence, à degrés variables, dès le début des études médicales (22), selon le niveau d'étude et l'orientation de carrière projetée (22), et avant-même que ne débute l'expérience clinique pour certains (23). Le Tourneur en 2011 (24) a retrouvé dans une population de 4050 internes de médecine générale un taux d'épuisement émotionnel élevé chez 16% d'entre eux, de dépersonnalisation élevé chez 33.8% et de diminution de l'accomplissement personnel important pour 38.9%. Concernant les externes, Mazas-Weyne (25) montrait en 2012 que 59.8% des répondants, tous niveaux confondus, étaient en burnout.

- **I.1.1.4 Facteurs de risque et facteurs protecteurs**

De nombreuses études se sont attachées à identifier des facteurs favorisant ou précipitant le processus de burnout, ainsi que ceux semblant être protecteurs. Le Pr Truchot propose de situer ces variables génératrices, de façon schématique, à trois niveaux distincts : intra-individuel, organisationnel et inter-individuel (1). Les résultats des nombreuses études sur le sujet sont pour la plupart assez discordants en ce qui concerne la part d'implication de chacun des facteurs mis en avant, mais ils

permettent de reconnaître les différents éléments impliqués dans la survenue d'un épuisement professionnel.

➤ **I.1.1.4.1 Variables intra-individuelles**

I.1.1.4.1.a) Sexe

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que le sexe masculin expose plus au risque de burnout (11, 26, 27), notamment l'étude européenne de l'EGPRN (21). Les femmes semblent ainsi moins exposées (28). Pour certains, le processus en lui-même du burnout est différent selon que l'on soit un homme ou une femme. Ainsi, les hommes seraient plus exposés à la dépersonnalisation (26, 27), alors que les femmes seraient plus sensibles à l'épuisement émotionnel (17, 27) et plus résistantes à la dépersonnalisation (11).

I.1.1.4.1.b) Age

Concernant l'âge, certaines études mettent en avant un manque d'expérience comme facteur prédisposant au burnout, avec des taux plus élevés chez les jeunes (16, 21, 26), dans la limite de 20 ans d'expérience professionnelle selon plusieurs auteurs (11, 26). Tandis que certains mettent en avant des taux d'épuisement professionnel moindres chez les plus jeunes (moins de 10 ans d'expérience) (11).

I.1.1.4.1.c) Situation familiale

Être en couple est tantôt retrouvé comme un facteur protecteur (20), tantôt comme un facteur de risque (16). Cette discordance s'explique peut-être par les résultats de l'étude européenne de l'EGPRN (21) qui avance que le fait d'être célibataire diminuerait l'épuisement émotionnel mais serait également source de diminution de l'accomplissement professionnel.

Avoir des enfants à charge serait par contre protecteur (28).

I.1.1.4.1.d) Personnalité et capacités personnelles

L'idée d'une variabilité inter-individuelle à être prédisposé au burnout a été très vite mise en avant, notamment par Maslach (29) ou Cherniss (30). La personnalité y joue donc le rôle d'un facteur ne reposant pas toujours sur des

traits stables mais susceptibles d'évoluer avec les expériences des individus et le contexte organisationnel (1).

Apparaissent ainsi associés à un risque plus élevé de burnout :

- les personnes ayant une faible capacité d'endurance (1, 29) (selon S. Kobasa (31), l'endurance, recouvrant l'engagement, le challenge et le contrôle, permet d'affronter et de vaincre les situations stressantes et que l'individu croit en l'importance de ce qu'il fait)
- celles ayant un « locus de contrôle » externe plutôt qu'interne (1, 29) (selon Rotter (32), le *locus of control* est la perception qu'un individu a d'un rapport de causalité direct entre l'obtention d'un résultat et sa propre conduite, décrit interne si l'individu établit un lien ou externe s'il n'en établit pas)
- une faible estime de soi (29) à la fois comme cause et conséquence du burnout (1)
- l'utilisation de stratégies de *coping* (stratégies d'ajustement mises en place pour diminuer la tension provoquée par la situation ou pour la rendre tolérable (1)) telles que la mise à distance, la fuite-évitement ou la passivité (29)
- le névrosisme (instabilité émotionnelle, reflet d'une disposition aux sentiments négatifs, à la réaction émotionnelle, selon la théorie du « *big five* », ou « modèle en cinq facteurs » des différentes personnalités de Goldberg (33)), surtout pour la dimension « épuisement émotionnel »
- le profil comportemental de type A (ensemble cognitif et comportemental, d'abord reconnu comme un facteur de risque pour les troubles coronariens, se caractérisant par un engagement professionnel nourri et le fait de se fixer des objectifs élevés (1))

Apparaissent comme protecteurs de l'épuisement professionnel :

- le sens de la cohérence (selon Antonovsky (34), il amène à percevoir son environnement et sa propre vie comme compréhensibles, maîtrisables, prévisibles et structurés, les exigences de la situation étant perçues comme des challenges qui donnent une signification à la vie)
- avoir un « locus de contrôle » interne (1, 29, 32)
- l'utilisation de stratégies de *coping* telle que la confrontation (27)
- un sentiment d'auto-efficacité (1) (croyances en sa capacité à organiser et réaliser les conduites requises pour gérer les situations futures, selon Bandura (35))

I.1.1.4.1.e) Orientation de carrière et reconversion professionnelle

La carrière en elle-même, et l'image que l'individu a de son propre travail, paraissent également influencer le risque d'épuisement professionnel. Ainsi une satisfaction professionnelle basse est corrélée à un plus fort taux de burnout (1, 21 15) ou au contraire, le sentiment d'avoir le contrôle sur son travail (28) ou d'y associer un engagement social ou professionnel fort (20) protègent du burnout.

Cherniss (30) a introduit le terme « d'orientation de carrière » pour désigner la façon dont les individus s'engagent et la signification qu'ils donnent au travail, les aspirations, valeurs ou récompenses attendues.

Sont issues de ses travaux quatre orientations de carrière :

- l'activiste social (modèle du militant, critique à l'égard de la profession, qu'il espère transformer (1))
- l'artisan (valorise le développement de ses compétences, pour lui le travail est l'occasion d'exercer son savoir-faire ou de le développer au cours d'expériences rafraîchissantes (1))
- le carriériste (cherche le succès conventionnel, animé par un fort désir de comparaison sociale, ses efforts sont dirigés vers l'obtention de renforcements extérieurs (1))
- l'auto-centré ou égoïste (pour lui, l'important est de satisfaire sa vie personnelle, hors travail. La sphère privée prend le pas sur la profession, qui n'est qu'un moyen instrumental de faire fructifier sa vie privée (1))

Selon Truchot (1) deux groupes sont nettement protégés du burnout : les artisans et les activistes. De leur côté, les carriéristes et les auto-centrés sont particulièrement victimes de burnout. Ces orientations peuvent prendre naissance dès les premières années des études de médecine (22), avec une inversion des tendances entre les « anciens » médecins orientés majoritairement vers les modèles de l'artisan et de l'activiste (1), et les « jeunes » médecins en majeure partie répartis entre les modèles de l'artisan et de l'auto-centré (22), se préoccupant d'aménager leur profession de façon à enrichir leur vie familiale et privée.

Le désir de reconversion professionnelle est l'un des facteurs les plus majoritairement reconnus comme pourvoyeur d'épuisement professionnel (14, 21, 28, 15). Dans son travail de thèse, le Dr Zeter s'est penché sur le lien existant entre le burnout et le souhait de reconversion professionnelle des médecins généralistes de Poitou-Charentes (14), révélant que près d'un tiers des médecins interrogés souhaitaient changer de travail à plus ou moins long terme. Il démontre également l'existence d'un lien entre les scores élevés de burnout relevés dans l'échantillon et les souhaits de reconversion professionnelle, proposant donc de lutter avant tout contre le burnout afin de diminuer le souhait de reconversion des médecins généralistes.

I.1.1.4.1.f) Consommation de toxiques

L'abus de toxiques (alcool, tabac, psychotropes) chez les médecins généralistes a été avancé par certaines études comme un facteur de risque de burnout (14, 21, 15). Cependant, il est difficile de savoir, compte tenu du caractère transversal de ces études, si ces consommations sont en réalité une cause ou une conséquence du burnout, voire les deux conjointement.

L'absence de consommation de toxiques semble cependant être un facteur protecteur (28).

➤ I.1.1.4.2 Variables organisationnelles

I.1.1.4.2.a) Lieu et type d'exercice

Le choix du lieu d'installation n'influencerait pas la survenue d'un épuisement professionnel selon plusieurs études (11, 13, 21).

Pour d'autres, les caractéristiques démographiques locales semblent avoir un effet sur le niveau de burnout des médecins installés (36, 37), avec des niveaux d'atteinte plus importants en zones rurales ou semi-rurales.

Le mode d'installation a également été l'objet d'attentions, avec selon Orton une dépersonnalisation plus marquée au sein des cabinets de groupes (26), ou selon Romero-Vidal, un épuisement professionnel plus marqué chez les praticiens exerçant seuls en cabinet (18), avec la mise en évidence d'un effet protecteur du travail en cabinet de groupe (18).

L'exercice salarié, est quand à lui perçu comme un facteur protecteur du burnout, qu'il s'agisse du mode d'exercice exclusif du médecin ou d'une activité complémentaire au fonctionnement, majoritairement libéral, des médecins généralistes (16, 20).

I.1.1.4.2.b) Organisation de la vie professionnelle

La surcharge de travail est un facteur retrouvé dans plusieurs études comme pourvoyeur d'épuisement professionnel (20, 28, 38), parfois de façon proportionnelle au volume horaire (21), au nombre de jours travaillés (12, 39) ou au nombre d'actes effectués par le médecin (1), ou de façon liée à une charge mentale élevée (38). De leurs côtés, d'autres travaux (39, 14) ne retrouvent pas de lien significatif entre la charge de travail et l'épuisement professionnel. D'autres encore nuancent le lien établi avec un épuisement émotionnel plus important mais une moindre diminution de l'accomplissement professionnel (11).

Une charge mentale élevée de travail (40) est un autre facteur pourvoyeur de burnout (20). Dans cette idée, selon Brigden, un taux élevé de consultations à motifs multiples dans l'activité d'un médecin généraliste est relié à un risque plus important d'épuisement professionnel (15), sans que l'on puisse conclure sur la nature de ce

lien, entre cause et/ou conséquence, du fait du caractère transversal de cette étude. Il a été également démontré que des situations difficiles, comme la prise en charge de fin de vie (38, 41), étaient à l'origine d'un risque plus important de burnout.

Le poids et l'importance des charges administratives sur l'activité quotidienne du médecin sont par ailleurs retrouvés comme facteur de risque d'épuisement professionnel (17). Ainsi l'absence de secrétariat y contribue de la même façon (18, 20), alors que la présence d'un secrétariat (11) est retrouvée protectrice de l'épuisement émotionnel.

La réalisation de gardes n'est pas clairement positionnée. En effet, plusieurs études mettent en avant un stress majoré par la participation au pool de garde (21, 36, 37), alors que le travail de Vaquin contraste ce propos, retrouvant un effet protecteur vis-à-vis de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation par le fait de réaliser au moins une garde par mois (11).

I.1.1.4.2.c) Organisation de la vie personnelle

La place accordée au temps personnel est une variable mise en avant dans de nombreux travaux. Ainsi, il semble que plus le temps accordé aux loisirs ou à sa famille par semaine est faible, plus le risque d'épuisement professionnel est important (16, 18, 28), avec à l'inverse un effet protecteur du temps accordé à la famille (28) ou aux loisirs (42).

Dans la même idée, un nombre de semaines de congés insuffisant (moins de 5 semaines de congés par an selon Jammes (16)) est corrélé à un plus fort risque de burnout, tout comme la sensation de non-repos après les vacances (28).

L'existence de conflits travail-famille, de quelque nature qu'ils soient (1, 38), est un facteur de risque également.

I.1.1.4.2.d) Engagement professionnel

L'engagement dans une démarche de formation médicale continue (FMC) ou la participation à un tel programme semblent protéger du burnout, comme le

suggèrent certaines études (28). De façon plus précise, une meilleure formation à la relation thérapeutique serait bénéfique (14, 20).

L'implication dans une activité de recherche apparaît comme un facteur protecteur de l'épuisement professionnel, en particulier en améliorant l'accomplissement professionnel (11).

La participation à l'enseignement universitaire permet, selon l'étude européenne de l'EGPRN, une protection de l'épuisement émotionnel (21), avec notamment un effet nettement bénéfique de l'accueil d'un Interne au sein du cabinet (43) par divers mécanismes (développement d'un sentiment de fierté, amélioration du moral, modification de la relation thérapeutique et de la patientèle, ...).

➤ **I.1.1.4.3 Variables inter-individuelles**

Il s'agit surtout de l'effet de relations déséquilibrées, de conflits ou d'un défaut d'équité ou de soutien social (1).

I.1.1.4.3.a) Rapports confraternels

L'existence de relations conflictuelles avec les confrères est source d'épuisement professionnel (14), tout comme une relation déséquilibrée entre confrères (1).

A l'opposé, l'aide confraternelle semble être un facteur protecteur (14).

La consultation d'un confrère en cas de problème de santé personnel est également avancée comme un facteur protecteur du burnout des médecins généralistes libéraux (28).

Les échanges entre pairs seraient par ailleurs un moyen de prévenir la survenue d'un épuisement professionnel (42), grâce aux groupes de pairs, aux groupes de type Balint (11), pour la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement professionnel, ou les échanges de façon plus informelle (42) entre confrères.

I.1.1.4.3.b) Rapports aux patients

Les relations thérapeutiques difficiles sont reliées par Zeter à un niveau élevé de burnout (14). Sont notamment pointés du doigt les attentes irréalistes des patients (38) ou leurs exigences (17), la remise en cause de ses compétences par les patients (38), la multiplicité des demandes (15) ou encore un changement de comportement des patients (14).

La judiciarisation de la profession entre également en ligne de compte avec une majoration du risque de burnout en cas de contentieux judiciaires (38).

I.1.1.4.3.c) Rapports aux autorités

Les conflits avec les organismes sociaux sont, selon le travail réalisé par Begon-Bellet, rapportés par certains médecins comme sources d'épuisement professionnel (17).

○ I.1.1.5 Conséquences

➤ I.1.1.5.1 Sur le praticien

Les conséquences sur la santé des médecins atteints de burnout sont bien connues. Les relations entre stress et burnout ou encore syndrome dépressif et burnout ont été démontrées très tôt (1). De façon plus précise, du point de vue psychologique, le médecin atteint de burnout semble plus exposé à l'irritabilité (44), à l'anxiété, au désespoir, aux difficultés de concentration, aux pensées intrusives et à une diminution de l'estime de soi (45). Une relation forte entre niveau de burnout et risque de syndrome dépressif, voire de suicide, a été démontrée (46), sans que l'on puisse déterminer un sens univoque ou une réciprocité à cette relation. Une mauvaise hygiène de vie est également l'une des conséquences d'un syndrome d'épuisement professionnel, que ce soit par une moindre pratique sportive (47), ou par une appétence accrue aux addictions (tabac, café, alcool, psychotropes) (17, 21, 39). Par ailleurs, les troubles du sommeil apparaissent plus fréquents chez les personnes atteintes de burnout (48).

Du point de vue somatique, les Docteurs Kushnir et Melamed ont réalisé bon nombre de travaux sur le sujet, dont les résultats sont étonnants : sont ainsi corrélés de façon significative à un niveau élevé de burnout une réduction des défenses immunitaires (49), le risque de développer un diabète de type 2 (50), une majoration du risque cardio-vasculaire (47), une augmentation des marqueurs biologiques d'inflammation (significatif seulement pour la *Protéine C Réactive* chez la femme) (51), un taux de cortisol plus élevé (52) avec donc une sensibilité au stress accrue, ou encore des troubles musculo-squelettiques douloureux (53).

Concernant la vie privée des médecins atteints de burnout, il semble qu'ils soient plus exposés au risque de divorcer (54) et d'adopter une attitude négative envers leur femme ou détachée envers leurs enfants (55).

➤ **I.1.1.5.2 Sur l'offre de soins**

La démographie médicale est l'un des facteurs touchés par l'ampleur du phénomène se manifestant de façon significative. Ainsi, une étude a révélé que seulement 6 médecins sur 10 exercent à temps plein (56), évoquant l'épuisement professionnel comme l'un des motifs.

Les arrêts de travail occasionnés sont un autre moyen d'atteinte de l'offre de soin par ce processus, puisque selon la CARMF (*Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France*), près de 21% des indemnités journalières versées et près de 40% des invalidités définitives des médecins généralistes libéraux sont dues à des troubles psychiatriques (57).

Sont également évoqués des départs à la retraite anticipés ou des reconversions professionnelles (21, 58), directement corrélés à un niveau élevé de burnout (14).

➤ **I.1.1.5.3 Sur la qualité des soins**

La prise en charge des patients semble modifiée à différents niveaux. Sont donc relevés d'un côté, une diminution de la qualité des soins (44, 59), avec notamment l'apparition de troubles relationnels par développement d'une attitude

négative envers les patients. En cas d'épuisement émotionnel élevé, s'y ajoutent des décisions moins coûteuses en temps, en énergie et en investissements futurs (de façon d'autant plus marquée que le patient est non compliant) (39) ; le choix, dans la démarche thérapeutique, d'un retrait psychologique plutôt que des solutions engageantes (60) ; ou encore une tendance à moins répondre aux questions des patients (61).

Pour certains, la qualité des soins ne se trouve pas modifiée par le niveau d'atteinte des soignants (26). Ainsi, leurs diagnostic, intérêt ou attention vis-à-vis des problèmes psychiatriques de leurs patients ne seraient pas affectés (62), les soignants atteints paraissant au contraire plus enclins à aborder les problèmes mentaux avec leurs patients, surtout en cas de scores élevés sur les dimensions « dépersonnalisation » et « diminution de l'accomplissement professionnel » (62).

Les erreurs médicales semblent néanmoins plus fréquentes en cas d'épuisement professionnel, que ce soit dans la démarche thérapeutique ou la prise de décisions, avec un nombre plus important d'examens ou de traitements inappropriés (44) et de façon concrète par un taux d'erreurs objectivées par des échelles de type *Self Assessment* (63) corrélé au niveau de burnout.

Les coûts de santé apparaissent par ailleurs majorés par un niveau élevé de burnout. En effet, Kushnir avance que le nombre de prescriptions et de demandes d'avis complémentaires est corrélé au niveau de burnout des médecins prescripteurs (64) augmentant de cette façon le coût des soins prodigués. Cet impact financier a même été mesuré par une étude Barcelonaise (65), associant à un taux élevé d'épuisement émotionnel un surcoût moyen par assuré, concernant les dépenses pharmaceutiques, d'environ 20 euros.

○ **I.1.1.6 Prévention / Prise en charge**

Les différentes connaissances acquises concernant le syndrome d'épuisement professionnel permettent d'en tirer des propositions d'interventions théoriques puis pratiques, pour ensuite en évaluer l'efficacité.

Les différentes interventions possibles peuvent être réparties, selon les principes de la santé publique, en trois niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

➤ **I.1.1.6.1 Prévention primaire**

La prévention primaire désigne l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence (nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminées) d'une maladie dans une population et donc à réduire l'apparition de nouveaux cas (66).

Concernant le burnout, on cherche donc à le prévenir en éliminant ou réduisant ses sources (1), en diminuant ainsi son incidence et évitant de nouveaux cas.

Une des premières pistes envisagées afin d'opérer une prévention primaire du syndrome d'épuisement professionnel, tient place dans la formation. Pour certains, compte-tenu de l'importance du phénomène dès les premières années d'études médicales (cf. partie *Prévalence*), il convient d'apporter au cours des études médicales des connaissances concernant le burnout afin de sensibiliser les futurs praticiens au phénomène (20). Un meilleur apprentissage à la gestion administrative est également proposé (20). Pour d'autres, une meilleure formation aux techniques relationnelles serait un préalable nécessaire afin d'éviter le développement d'un burnout, au travers d'expériences telles que le programme de formation TACT (*Techniques et Applications de la Communication en Thérapie*) (67), ou celui du Dr Mohlo (68) à la communication non violente. Pour Brondt, la FMC elle-même et l'accueil de visiteurs médicaux participeraient à cette prévention (69). Savoir dire non semble également être une notion majeure à acquérir (70).

Le développement organisationnel ou la réorganisation des pratiques est une autre piste qui paraît pertinente (71). A titre d'exemple, Galam et Mouries proposent une gestion cohérente et adaptée de la démographie médicale afin d'arriver à une meilleure hygiène de vie pour les médecins généralistes (20), et de consacrer ainsi plus de temps à leurs familles ou leurs loisirs, « *permettant ainsi le respect et l'entretien de l'outil de soin que représente le médecin* » (20). La délégation des tâches, par exemple au travers du projet ASALEE (*Action de Santé Libérale En Equipe*), permet cela selon plusieurs auteurs (11, 15), en recentrant la pratique du médecin généraliste afin qu'il se libère de certains actes médicaux ou administratifs

chronophages. Selon Le Gallo, l'accueil universitaire au cabinet permet par ailleurs de prévenir les prémices d'un épuisement professionnel, en modifiant les habitudes du maître de stage, sa patientèle et ses relations thérapeutiques (43).

Les groupes de paroles sont un autre élément mis en avant, aussi bien pour une prévention primaire du burnout, que pour les autres niveaux de prévention. Sont ainsi cités les groupes de pairs (GDP) (72), groupes d'analyse de pratique centrés sur la discussion autour de dossiers de patients apportés par les participants, dénommés *supervision group* au Royaume-Uni (73) ; les groupes de type Balint (11), groupe de 8 à 12 personnes qui se retrouvent régulièrement, pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné pose problème et questionne, autour d'un ou deux leaders de formation psychanalytique ; et de façon plus informelle le support confraternel au quotidien (74).

La nécessité d'un changement de mentalité des patients est également pointée du doigt, notamment au travers d'une meilleure sensibilisation des patients à la santé publique et aux limites du système de soins (20), mais aussi en désamorçant certains conflits de valeurs (74) qui déséquilibrent parfois les relations thérapeutiques, passant, par exemple, par la responsabilisation des patients.

➤ **I.1.1.6.2 Prévention secondaire**

Le but de la prévention secondaire est de diminuer la prévalence (mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population) d'une maladie dans la population. Ainsi ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition de la pathologie afin de s'opposer à son évolution. Sont donc essentiels à ce stade : dépistage, diagnostic et traitement (66).

Concernant le burnout, à ce niveau il est déjà installé, la prévention secondaire désigne donc les interventions destinées à le dépister et à soulager l'individu atteint des tensions qu'il ressent (1).

La formation apparaît ici également essentielle, afin d'apprendre à savoir reconnaître l'épuisement professionnel et ses différentes composantes (71) mais surtout apprendre à soigner ses confrères (42), la gestion des médecins généralistes de leur propre santé posant problème à différents niveaux (75). Certains recommandent par ailleurs de former les médecins afin d'entretenir le soutien confraternel (74) ou la solidarité d'équipe (71).

Certaines stratégies centrées sur l'individu apparaissent efficaces pour prévenir le burnout : les différentes techniques de relaxation, permettant une diminution du stress (76) ; la méditation ; la musicothérapie (77) ; la répétition d'un *mantra* (formule condensée formée d'une seule ou d'une série de syllabes répétées de nombreuses fois suivant un certain rythme) visant un bienfait physique ou spirituel (78) ; le *biofeedback* (technique visant à apprendre à contrôler les conséquences organiques d'un facteur de stress) (79) ; les techniques de gestion du temps ; le *mindfulness* (concept psychologique de pleine conscience, qui consiste à diriger son attention d'une certaine manière, c'est-à-dire délibérément, au moment voulu, sans jugement de valeur) (80) ; ou encore l'utilisation de stratégies de *coping* de type « contrôle de soi » ou « recherche d'un support social » (81).

Les groupes de paroles, que nous avons détaillés plus haut, visent également une efficacité à ce niveau de prise en charge.

Certaines évolutions sociales ou interventions basées sur l'équité seraient d'autres solutions de prévention secondaire du burnout pour certains. Ainsi, l'instauration d'une médecine du travail (20) à destination des médecins généralistes libéraux, ainsi que leur obligation de désigner un médecin traitant (74) permettraient une prise en charge précoce des professionnels touchés par l'épuisement professionnel. Un dépistage organisé est par ailleurs proposé par Brooks (82), au travers d'un programme de suivi médical des médecins généralistes du Royaume-Uni (*Practitioners Help Program*).

➤ **I.1.1.6.3 Prévention tertiaire**

La prévention tertiaire intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population » selon l'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*), et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique (66).

Concernant le burnout, la prévention tertiaire s'adresse donc au traitement des individus atteints. On ne s'adresse plus aux personnes exposées mais à celles qui souffrent d'un état élevé de burnout et doivent être prises en charge au niveau psychologique ou médical (1).

La psychothérapie et le soutien psychologique sont mis en avant par bon nombre d'auteurs afin de prendre en charge l'épuisement professionnel (1). Selon les travaux d'Oosterholt, la thérapie cognitivo-comportementale est efficace sur la réduction des symptômes ressentis par les médecins atteints (83). De son côté, la thérapie de soutien semble, selon Delbrouck, être la démarche psychothérapeutique à privilégier, mais n'être que palliative, n'enlevant en rien la nécessité de traiter les causes du burnout plutôt que ses conséquences (84).

Sont donc primordiaux, à cette étape de prise en charge, les programmes d'assistance et d'accompagnement des médecins (71). Ces structures sont très récentes et font souvent suite à des travaux ayant pointé l'importance de l'épuisement professionnel.

A l'étranger, bien en avance sur la France, de nombreux projets sont nés ces dernières années pour répondre aux besoins des soignants atteints d'épuisement professionnel.

En Belgique, le Ministère de la Santé a commandé en 2011 une étude sur la prévalence et les conséquences du burnout dans le pays (74). Les auteurs de cette étude proposent donc une liste de mesures simples à entreprendre pour prévenir le processus d'épuisement professionnel et ses conséquences sur le système de soins belge, en agissant à tous ses niveaux : éducation des patients, travail sur l'équité et

les conflits de valeurs, remise en question à la fois sur le fond et sur la forme de la place du médecin généraliste dans la société, instauration d'un suivi médical des médecins généralistes (par exemple par la mise en place d'une médecine du travail), encouragement de la pratique de groupe ou du support confraternel, etc. Ils proposent par ailleurs la création d'un programme d'assistance aux professionnels de santé atteints de burnout, avec pour objectif d' « *assurer le continuum de l'intervention depuis la promotion de la santé jusqu'à la prise en charge curative et au suivi* », sur la base d'une prise en charge pluridisciplinaire, dissociée des institutions ordinaires et complétée d'un programme de réinsertion professionnelle et de suivi.

Au Royaume-Uni, des cabinets de consultations réservés aux soins des médecins, *National Counseling Service for Sick Doctors* (85), ont été créés sous l'impulsion du Dr Forsythe devant le constat d'un taux important d'automédication chez les médecins généralistes britanniques. Ce service, surtout axé sur l'aspect somatique des problèmes de santé rencontrés, s'est vu complété il y a quelques années par le *Practitioner Health Programme* (PHP), service anonyme et gratuit de soutien aux médecins et dentistes rencontrant un problème de santé qu'il soit d'ordre somatique ou mental. Une évaluation de ce programme par Brooks en 2011 (82) met en avant l'importance d'un tel programme et son efficacité.

En Espagne, en 1998, l'Ordre des Médecins de Barcelone a posé les bases d'un « *programme d'attention aux professionnels de santé avec des problèmes mentaux et des conduites addictives* », le Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM). L'institution ordinaire recommande une facilité d'accès aux soins pour les médecins, le droit à la confidentialité et le développement de la recherche en matière de santé mentale en relation avec les conditions de travail du corps médical. Les objectifs affichés du programme sont de pouvoir aider le plus grand nombre de médecins malades, s'assurer qu'ils reçoivent l'assistance spécialisée nécessaire, favoriser la réhabilitation de ces professionnels et veiller à ce que la pratique de la médecine se fasse dans les meilleures conditions possibles pour la santé des citoyens. La démarche se veut non punitive et basée sur une relation étroite entre médecin et thérapeute.

Au Canada, *L'Association des Psychiatres du Canada* (CPA) a émis dès 1997 une série de recommandations devant régir la prise en charge des médecins atteints de

maladie mentale. Elle postule que tout praticien présentant des symptômes d'affection psychiatrique devrait être évalué sans tarder, de préférence par un psychiatre qui n'est ni un ami, ni un collègue (86). Le psychiatre doit être aussi conscient « *qu'un médecin atteint de maladie mentale a tendance à nier, à minimiser, à rationaliser ses symptômes et ses agissements* ». Enfin, il faut selon eux exhorter le médecin-patient à se trouver un médecin de famille le plus vite possible. La CPA insiste sur l'importance que revêt le respect du secret professionnel dans le traitement d'un médecin. Elle préconise que, « *dans toutes les provinces, des psychiatres siègent aux comités voués au bien-être des membres du corps médical* » et prône l'organisation, à l'échelle provinciale, de « *groupes de soutien* » pour les psychiatres qui traitent des professionnels de santé (86). En 2000, la CPA a réclamé un « *réseau national de psychiatrie pour aider les médecins atteints d'épuisement professionnel* ». Dans la foulée est créée la *Canadian Medical Association (CMA)*, programme de soutien complet aux médecins du pays (87) concernant leurs problèmes de santé, addictions, troubles psychologiques et/ou difficultés d'ordre professionnel.

Au Québec, il existe depuis 1990 le *Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ)*, dont le but est de venir en aide, dans le plus grand respect de la confidentialité, aux médecins, résidents, étudiants en médecine, ainsi que leur entourage, éprouvant des difficultés personnelles (88). La prise en charge concerne tous les niveaux, d'une ligne d'écoute à la réinsertion sociale et professionnelle, en passant par le soutien psychologique.

Aux Etats-Unis, les *Physician Health Programs* sont les premiers dispositifs d'aide aux médecins mis en place (89). Prenant naissance dans les années 80, ils prennent en charge, pour la plupart, les problèmes de santé somatique ou mentaux des médecins américains. Leur particularité est d'étendre leur action aux patients dont le médecin est souffrant, en les protégeant par le biais d'un suivi complémentaire ou parallèle.

En France, peu de structures ont vu le jour ces dernières années. Psya, cabinet privé créé en 1997, propose des réponses dans le domaine de la prévention et des risques psycho-sociaux. D'abord destinées aux clients d'assurances victimes d'un sinistre, leurs interventions ont rapidement évolué pour proposer une solution

d'accompagnement psychologique et sociologique aux personnes victimes d'un épuisement professionnel, quelle que soit leur profession. Leurs interventions recouvrent les trois niveaux de prévention (audit-conseil pour la prévention primaire, formations pour la prévention secondaire et accompagnement pour la prévention tertiaire). Un centre d'écoute psychologique est donc disponible sept jours sur sept et 24 heures sur 24.

Forts de leur expérience, ainsi que de celle de ce cabinet, et des études concernant le burnout qu'ils ont mené, les Drs Galam et Mouriès proposent de créer en juin 2005 une structure particulière dédiée aux médecins généralistes libéraux (42) en partenariat avec le cabinet Psya, avec l'aide de l'ARS (*Agence Régionale de Santé*) et de plusieurs URPS (*Union Régionale des Professionnels de Santé*) Médecins : *l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux* (AAPML). Un numéro de téléphone dédié (0826 004 580) permet à tout médecin libéral en difficulté psychologique dans l'exercice de sa profession, en tout anonymat et sous couvert du secret médical, d'entrer en contact avec un psychologue clinicien, 365 jours par an et 24 heures sur 24. Au sein de ce dispositif, chaque appel donne lieu à la rédaction d'une fiche de recueil permettant à l'AAPML de mettre en lumière la nature des difficultés que rencontrent les médecins et d'y proposer une réponse adaptée, avec une procédure spécifique en cas d'urgence. Des réunions de suivi avec des psychologues sont régulièrement organisées par le médecin coordonnateur du dispositif (Dr Mouriès). Le bilan d'activité de l'année 2012 (90) répertorie plus de 1000 appels depuis la mise en place de la cellule d'écoute, dont 128 en 2012, provenant pour moitié de province. Il s'agit de médecins généralistes pour plus de la moitié des cas, des membres de leur entourage dans 11% des cas, avec au total 56% de femmes. La majorité des appels concerne essentiellement des problématiques professionnelles et pour une moindre part des problématiques personnelles. 196 appels ont nécessité une orientation auprès de structures adaptées, dont la moitié vers un suivi psychologique. Les retentissements des difficultés psychologiques rencontrées ont été évoqués au cours de 325 appels, celui le plus souvent rapporté par les appelants étant le trouble dépressif (43%). Ce service est donc désormais reconnu efficace et adapté à un recours ponctuel, permettant, si besoin, l'entrée dans un système de soins et de suivi prolongé. Les projets d'évolutions de l'AAPML comprennent la mise en place d'un réseau de prise

en charge en aval, en lien avec d'autres structures, notamment l'APSS (*cf. ci-après*), le développement de formations pour la prévention (étudiants et FMC), et enfin élargir la ligne d'écoute aux internes et assistants, également visés par le syndrome d'épuisement professionnel.

L'APSS (*Association Pour les Soins aux Soignants*), issue des fonds d'action sociale de la CARMF et du Conseil National de l'Ordre et créée en 2009, vise à promouvoir toutes les actions de prévention en matière de pathologie psychique et addictive chez les soignants, à en envisager la prise en charge médicale et sociale et à favoriser l'ouverture de centres de soins dédiés à ces malades particuliers. Le fer de lance de cette association reste la prévention, dès l'Université, concernant les problèmes psychologiques et d'addictions des soignants. L'APSS propose également l'idée d'un « contrat thérapeutique » pour encadrer et soutenir le médecin atteint d'épuisement professionnel. Un projet de partenariat avec l'AAPML est en cours, afin de donner lieu à des expérimentations vis à vis de ces objectifs.

Enfin, certaines évolutions sociales semblent pouvoir être bénéfiques à ce niveau de prise en charge, avec surtout la reconnaissance de l'épuisement professionnel en tant que maladie professionnelle (20).

- **I.1.2 Les maisons de santé pluriprofessionnelles**
 - o **I.1.2.1 Historique, aspect réglementaire et définitions**

Selon un rapport à la demande du ministère de la santé et des sports datant de 2009 (91), « *le constat global est clair : le dispositif de premier recours est à bout de souffle. Il ne répond plus aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population [...]* » avec un mouvement « *perceptible chez l'ensemble des acteurs, les plus réticents d'entre eux ayant conscience qu'un mouvement majeur est en train de s'opérer dont ils ne pourront rester extérieurs.* »

Le mouvement dont il est question est porté par une réflexion sur la réorganisation du système de soins et l'émergence de nouveaux modes d'exercices, dont fait partie la maison de santé pluriprofessionnelle.

Le terme « *maison de santé* » apparaît vers 2006, utilisé par certains professionnels de santé pour distinguer leurs projets des *maisons médicales* existantes, où le regroupement des professionnels au sein de mêmes murs ne présume pas d'une mise en commun de moyens ou d'exercice (92). Le but est alors de réunir des professionnels de santé de premier recours dans un même lieu, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients. Le terme est d'abord repris par le sénateur Juilhard en octobre 2007 avant d'être mis en avant par la HAS (*Haute Autorité de la Santé*) en Novembre 2007 dans le cadre de recommandations sur l'exercice coordonné et protocolé (93), faisant état de cahier des charges pour ces nouvelles structures. Très vite, l'engouement autour de ce mode d'exercice prend de l'ampleur, le terme « maison de santé » étant intégré au Code de la santé publique, grâce à la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008, avec pour définition au sein de l'article L.6323-3 (94) :

« *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. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.* »

Cette initiative est complétée d'un article donnant la possibilité de lancer des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations dans les maisons de santé (95). Quelques mois plus tard, le Ministère de la Santé annonce une aide en faveur de la création de 100 maisons de santé, encadrée par un cahier des charges pour définir les critères nécessaires à son attribution (96).

Le 18 septembre 2008 est créée, sous l'impulsion de professionnels de santé, la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), association loi 1901, dont le but est de représenter les différents projets afin d'avoir un poids institutionnel, d'apporter un soutien et une aide dans le montage ou le fonctionnement des structures, ou encore de participer à l'élaboration et à la mise en place d'actions de santé publiques (97).

La loi HPST (*Hôpital Patients Santé Territoires*) du 21 juillet 2009 (98) vient pérenniser la place des maisons de santé au sein du système de soins français et reprend la définition de ces structures de l'article L.6323-3 en la complétant en ces termes :

« [...] Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

L'objectif alors avancé est la création de 250 maisons de santé rurales d'ici 2013.

La loi Fourcade (99) d'août 2011 ajoute quelques notions à la définition de l'article L.6323-3 : le caractère de personne morale de la maison de santé, l'intégration des pharmaciens et l'affirmation d'un exercice de soins de premier recours.

L'expérience, d'abord réservée aux zones rurales, est par la suite étendue par instruction ministérielle aux zones urbaines sensibles (ZUS) et quartiers prioritaires urbains (100).

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont donc des regroupements physiques de professionnels de santé de premier recours, parfois rejoints par des travailleurs médico-sociaux, unis par une charte, un projet et des objectifs

opérationnels (projet de soins) concernant la santé des patients. S'en distinguent donc les pôles de santé (*regroupement de professionnels de santé d'un territoire donné dans les mêmes conditions qu'une maison de santé, sans qu'ils occupent les mêmes locaux*) et les centres de santé (*lieux de soins qui réunissent des professionnels de santé salariés, gérés par des municipalité, des associations ou des assureurs de santé*), également définis par la loi HPST (98).

Les termes «pluridisciplinaire» et «pluriprofessionnelle» sont souvent utilisés indifféremment pour parler des maisons de santé. Cependant, le terme «pluriprofessionnelle», illustrant plutôt la collaboration entre plusieurs professionnels des soins de premier recours, est aujourd'hui préféré à «pluridisciplinaire» qui évoque plutôt quant à lui la présence de médecins de différentes spécialités (92).

- **I.1.2.2 Contexte et objectifs**

Les objectifs avancés de la promotion des maisons de santé comme mode de fonctionnement alternatif sont nombreux et peuvent être regroupés selon deux thématiques.

- **I.1.2.2.1 Rénover les soins de premier recours**

Une réorganisation des soins de premier recours est évoquée depuis plusieurs années, à la fois par les acteurs de santé et par les gouvernements qui se sont succédés. Un des premiers axes de travail avancé s'est constitué de la coopération pluriprofessionnelle et de la délégation des tâches, notamment au travers du rapport Berland (101) en 2003. Le projet de soins d'une maison de santé doit donc répondre avant tout à ces deux objectifs pour une prise en charge globale, efficiente et adaptée au premier recours, du patient.

L'expérience ASALEE en est une première approche par l'intervention d'infirmières de santé publique au sein des cabinets médicaux dans une démarche d'amélioration des pratiques. La nécessité d'un dossier médical partagé de façon efficace et cohérente entre les différents professionnels (91) doit également permettre d'appuyer cette pluriprofessionnalité. Son partage entre professionnels de santé au sein d'une même structure est permis, sous condition d'accord du patient, grâce à la loi Fourcade (99).

L'idée d'un management territorial cohérent par l'ARS, par le biais des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), amène à répartir de façon régulée ces coopérations et d'accorder les projets aux besoins de la population.

Il s'agit par ailleurs d'intégrer l'éducation thérapeutique dans le premier recours, sans qu'elle devienne une charge supplémentaire pour les professionnels de santé impliqués dans cette démarche (91). Plusieurs outils sont proposés pour répondre à cette objectif : l'utilisation de nouveaux modes de rémunération (98), la coopération interprofessionnelle ou encore une fois, les infirmières ASALEE.

La formation des médecins et des paramédicaux doit également être transformée. Sont donc proposés : un enseignement de l'organisation des soins en maison ou pôle de santé dès le cursus universitaire ; l'apport de terrains de stage de qualité ; la promotion de la recherche, notamment par implication de chefs de cliniques au sein de ces structures. Un des objectifs des maisons de santé est par ailleurs de faciliter la formation médicale continue (91), que ce soit dans son aspect logistique grâce aux locaux, ou dans la réorganisation de l'exercice des acteurs de santé.

➤ **I.1.2.2 Faciliter l'accès à des soins de qualité pour tous**

L'amélioration de l'accessibilité géographique aux soins de premiers recours est en quelque sorte le fer de lance de la loi HPST (98). En effet, une crise démographique médicale atteint la France depuis quelques années et semble exposer le système de soins à de grandes difficultés pour les années à venir (102), du fait d'une inadéquation entre les besoins de santé grandissant d'une population vieillissante et différentes problématiques. Elles sont liées notamment à un déficit de renouvellement des générations au sein de la population médicale, une répartition des différentes spécialités de plus en plus en défaveur de la médecine générale (-5.5% pour la période 2007/2013), une répartition inégale sur le territoire de l'offre de soins et l'intérêt modéré des jeunes médecins pour l'exercice libéral (102). L'objectif est donc de pallier à ce problème démographique par une réorganisation pratique et territoriale, voire de le résoudre en créant un mode d'exercice attractif pour les professionnels de santé. La régulation par les ARS, par l'intermédiaire des

SROS cités plus haut, permet d'y répondre dans un souci de cohérence territoriale. Afin de compléter cette idée d'attractivité, certaines incitations financières à l'installation des étudiants (Contrat d'engagement de service public (CESP) et bourses départementales ou régionales) en zones déficitaires ou à risque démographique sont proposées, de façon conjointe à la promotion des maisons de santé pluriprofessionnelles.

L'accessibilité économique est un objectif qui s'inscrit au travers d'un engagement social des professionnels intégrés aux maisons de santé, notamment par l'encouragement à intégrer au projet de soins l'accueil facilité des patients les plus démunis (acceptation des CMU (*Couverture Maladie Universelle*), pratique du tiers-payant, participation aux nouveaux modes de rémunération (NMR),...). Le dispositif médecin traitant peut également être élargi à la maison de santé afin de faciliter le parcours du patient au sein de cette structure (103).

Enfin, l'accessibilité socioculturelle doit être permise grâce à la fonction de guichet unique que représente la maison de santé, par l'intermédiaire d'actions de prévention, de coopération et de coordination avec les acteurs et services médico-psycho-sociaux (103).

L'objectif n'est toutefois pas d'étendre ces nouvelles structures à l'ensemble du système de soins de premier recours (98), mais plutôt de le compléter et de l'optimiser en diversifiant les modes d'exercice et d'interventions en santé, les maisons de santé ne devant constituer qu'une solution parmi d'autres (centres de santé, pôles de santé, cabinets de groupes, ...) (104).

○ **I.1.2.3 Montage et financement**

Il n'existe pas de projet de maison de santé « clé en main ». En effet, chaque projet doit répondre, comme nous l'avons vu, à la fois aux besoins territoriaux et à ceux des acteurs de santé impliqués. Par ailleurs, « *les murs ne font pas une maison de santé* » (103), un engagement réciproque paraît donc nécessaire entre collectivités territoriales et professionnels de santé, dont le point de départ devrait s'articuler autour du projet de soins et non autour des locaux.

Le montage de tels projets n'est pas un exercice aisé, du fait notamment de leur ampleur, de la diversité des situations et d'un défaut de formation (103).

Différents cahiers des charges encadrent le montage des maisons de santé ainsi que leurs projets de soins (93, 96, 105, 106). En pratique, de nombreux porteurs de projets s'inspirent des expériences d'autres confrères. Le Dr De Haas, lui-même acteur d'un des premiers projets, expose dans son livre « Monter et faire vivre une maison de santé » (92) des pistes et des conseils, au travers de cinq expériences réussies de maisons de santé, afin de mener à bien et de faire vivre une nouvelle structure.

L'aspect juridique, du fait d'un recul modéré concernant ces structures, paraît encore assez compliqué pour bon nombre de professionnels qui s'intéressent à de tels projets. Encore une fois, chaque structure doit être adaptée aux besoins et contraintes locales. Sont constituées le plus souvent des Sociétés Civiles Immobilières (SCI) pour la gestion immobilière du projet et des Sociétés Civiles de Moyens (SCM) ou Sociétés Civiles Professionnelles (SCP) pour la mise en commun des moyens. Ces modes d'organisation juridique heurtaient les professionnels à des difficultés d'ordre organisationnel et ne permettaient pas une utilisation souple des nouveaux modes de rémunération dans le cadre de leur expérimentation. Pour ces raisons, une nouvelle structure juridique, spécialement adaptée aux maisons et pôles de santé, a vu le jour grâce à la loi Fourcade (99) : la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). Il s'agit d'une sorte de SCM améliorée, dans laquelle les associés sont les professionnels de santé, qui peut percevoir des dotations et les reverser à ses membres qui les déclarent dans leurs revenus, ou payer des vacations à des professionnels de santé non sociétaires (107).

Concernant l'aspect financier, « *du financement totalement privé* » (par les acteurs eux-mêmes ou par des investisseurs privés) « *au financement totalement public, tout est imaginable selon les opportunités locales et les désirs des acteurs* » (92). Le plan de développement des maisons de santé par la loi HPST (98) a donné lieu à la création de différentes aides et financements pouvant être sollicités à plusieurs niveaux. Un guichet unique, la Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), a été créé au sein de chaque région pour faciliter les démarches des professionnels de santé engagés dans un projet, regroupant comme interlocuteurs

l'ARS, les collectivités locales, les caisses d'Assurance Maladie et les Fédérations Régionales des Maisons et Pôles de Santé (FRMPS). Les aides sont distribuées par le Fonds d'Intervention Régional (FIR), remplaçant notamment le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) et le FMESPP (Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés), qui permet d'obtenir des aides financières pour les études préalables nécessaires, l'investissement immobilier ou matériel ou encore les frais de fonctionnement (92). Pour obtenir ces aides, les maisons de santé doivent cependant répondre aux critères définis par différents cahiers des charges (96, 108) qui doivent être bientôt complétés sous l'impulsion de la loi Fourcade (99).

La mise en place du système d'information commun, permettant un fonctionnement partagé et coordonné au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle, doit elle aussi répondre à certaines exigences bien définies et encadrées par le biais de cahiers de charges (105, 109).

- **I.1.2.4 Démographie / Projets**

Comme nous l'avons vu, l'objectif annoncé par la loi HPST (98) était de porter le nombre de projets soutenus à 250 d'ici fin 2013. Il était confié initialement aux ARS la vérification de la cohérence territoriale et démographique de chacun des projets de maisons de santé. Seulement il s'est avéré difficile de répertorier avec précision l'ensemble des structures ouvertes ou initiées, du fait d'un foisonnement de projet de toutes parts, à la fois privés et publics et surtout d'un manque d'encadrement légal. Pour pallier à ces difficultés, une instruction ministérielle a intégré le 28 mars 2012 (110) l'enregistrement des maisons de santé dans le Fichier des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS), créant par ailleurs un observatoire national des maisons de santé piloté par la DGOS (*Direction Générale de l'Offre de Soins*) et renseigné par les ARS. Une meilleure appréciation de l'évolution démographique de ces structures a ainsi découlé de ces mesures.

Une première estimation du nombre de maisons et pôles de santé en 2010, par un rapport ministériel, comptait alors 160 structures effectives. En janvier 2012, 235 maisons en fonctionnement et environ 450 maisons en projet étaient recensées.

Elles sont le plus souvent situées en milieu rural (80% d'entre elles). Les maisons de santé regroupent à ce jour 2 650 professionnels, dont 750 médecins.

Début 2013, au niveau national, le recensement est le suivant :

Figure 1 : Maisons et pôles de santé en fonctionnement au 31 janvier 2013

284 structures ouvertes (111)

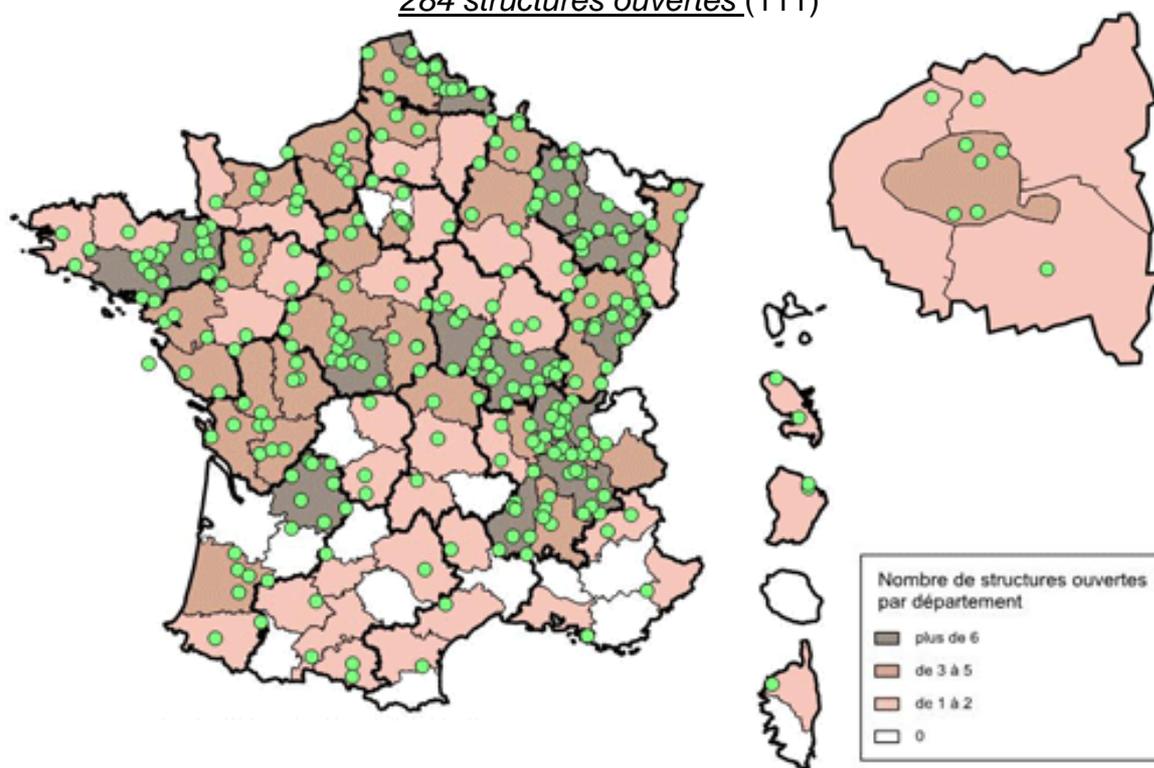
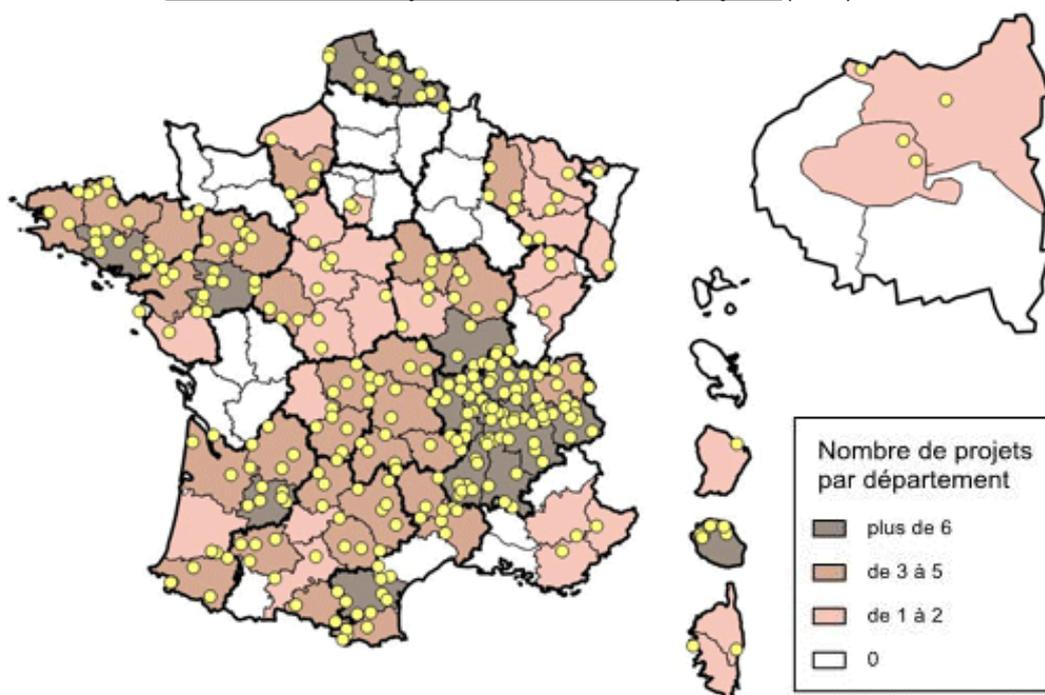


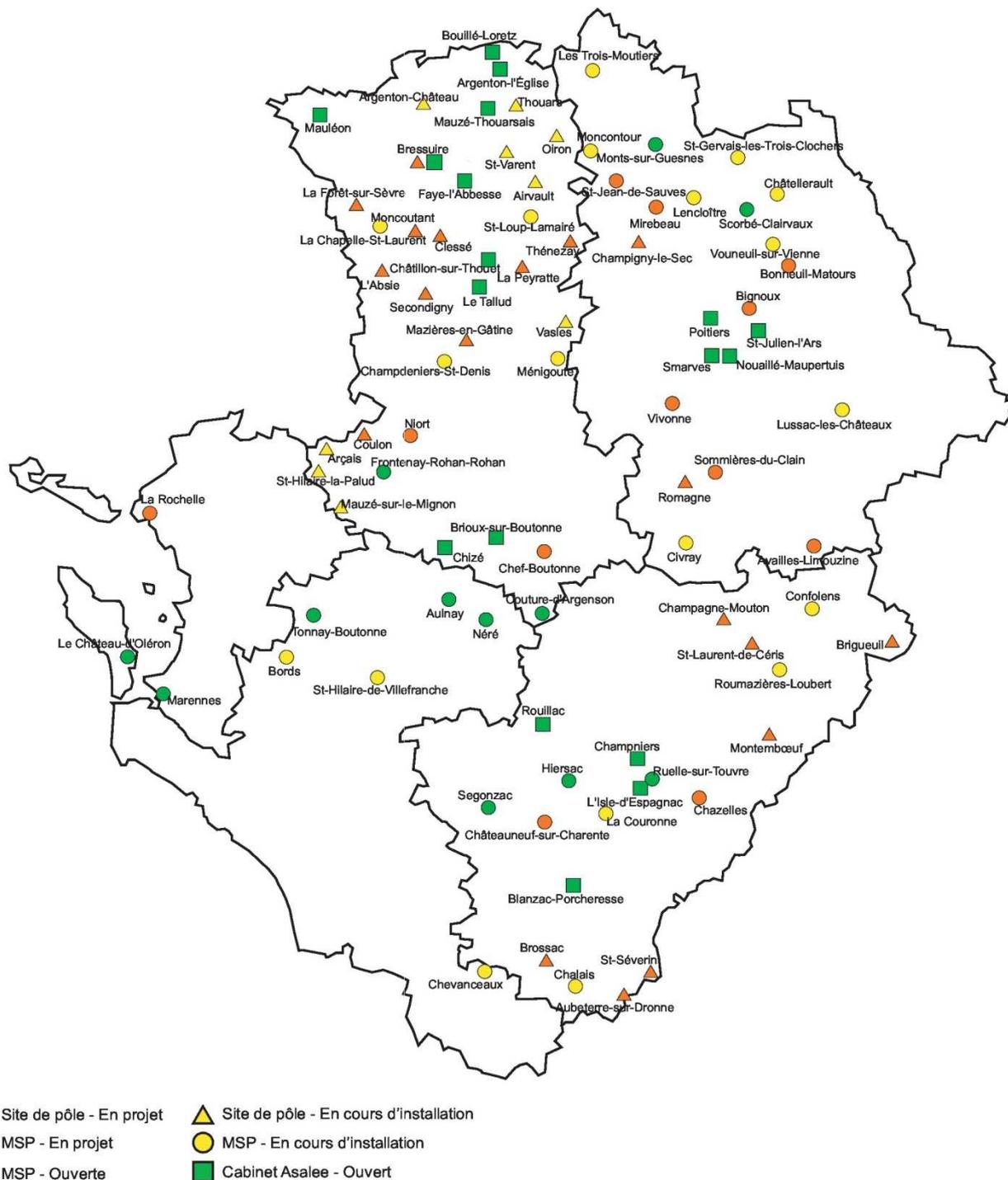
Figure 2 : Maisons et pôles de santé avec ouverture prévue en 2013 ou en 2014

estimation au 31 janvier 2013 : 288 projets (112)



Au niveau régional, en Poitou-Charentes, la situation en novembre 2012 est la suivante :

Figure 3 : Pôles et Maisons de santé pluridisciplinaires en Poitou-Charentes
Etat d'avancement au 1^{er} Novembre 2012 (113)



Les cabinets Asalee appartenant à des maisons de santé figurent en MSP par convention

- **I.1.2.5 Evaluation des maisons de santé**

Les maisons de santé se démocratisant petit à petit, et l'intérêt envers ces structures grandissant, certains éléments d'évaluation commencent à apparaître progressivement, permettant de mesurer leur impact sur le système de soins français ainsi que les résultats par rapport aux objectifs avancés.

- **I.1.2.5.1 Avantages**

Les maisons de santé apparaissent selon plusieurs études comme un mode d'exercice idéal ou du moins attractif (14, 58, 114, 115) notamment pour la jeune génération médicale (116, 117) et paramédicale, à condition que la structure soit rurale et de petite taille pour les Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) (118).

Concernant l'organisation du travail, on retrouve une meilleure organisation de l'exercice, surtout pour la gestion des dossiers informatiques des patients (119) ou des autres tâches administratives, par exemple par le bénéfice d'un secrétariat. Certains praticiens mettent en avant un exercice amélioré (120), notamment par la possibilité de libérer du temps plus facilement pour développer des activités de prévention et de santé publique (121), ou une continuité des soins facilitée pour la prise de congés ou les départs en retraite (92). La charge de travail apparaît moins lourde, le temps de travail hebdomadaire par médecin est diminué (104), alors que certains patients atteints de pathologies chroniques telles que le diabète de type 2 sont mieux suivis (104).

Les patients de leur côté semblent satisfaits de la pluriprofessionnalité apportée par les maisons de santé (122), avec par ailleurs une satisfaction globale de 97.9%, selon une étude mono-centrique (123), mais l'impression d'une absence de bénéfice concernant la qualité des soins, la disponibilité, la coordination, la continuité ou l'accessibilité aux soins, d'après la même étude.

Au niveau du système de soins, il apparaît que le nombre de consultations aux urgences et d'hospitalisations des patients suivis en maisons de santé est diminué (122). Les coûts de santé semblent également diminués pour les patients

suivis en maisons de santé (104, 122) par rapport à ceux qui ne le sont pas. Enfin, l'offre de soins est étendue et plus accessible en terme d'horaires d'ouverture (104).

➤ **I.1.2.5.2 Inconvénients**

Certains éléments viennent noircir le tableau idéalisé des maisons de santé (124). Certains praticiens voient en effet d'un mauvais œil les projets de maisons de santé, perçus comme ambitieux, difficilement réalisables (116), lourds (120), complexes ou chronophages (117). Sont également évoqués des problèmes de financement et d'organisation (121). Ces éléments mettent en évidence surtout un manque de formation des professionnels de santé (117) qui se retrouvent désarmés pour porter un projet, le faire vivre, ou connaître les structures ou aides à solliciter. Une fragilité juridique était par ailleurs vécue avant que ne soit créées les SISA (91).

Concernant l'organisation professionnelle, certains craignent une perte d'autonomie et un surcoût de création ou de fonctionnement (125). Il s'avère effectivement qu'un médecin installé en maison de santé pluriprofessionnelle dépense en moyenne 4400 euros de plus par an qu'un médecin en cabinet pour les charges lui incombant, selon une étude de la FFMPs de 2009 (92). Les IDE sont plutôt réticentes à intégrer une maison de santé, n'y voyant pas d'utilité évidente pour certaines, et évoquant une augmentation de leurs charges, une perte d'autonomie financière et de fonctionnement (91, 118), témoignant le plus souvent encore de méconnaissances. Enfin, l'aspect pluriprofessionnel amène certaines craintes touchant la manière d'être, la conception du travail et les rapports auprès des autres soignants, avec au premier plan la peur de conflits interpersonnels (92).

Un travail, au titre de thèse d'exercice, est actuellement réalisé de façon conjointe à cette thèse par Philippe Migné, visant à déterminer quels sont les avantages et inconvénients ressentis par les médecins généralistes qui exercent en maisons de santé pluriprofessionnelles vis-à-vis de ce mode d'exercice. Les résultats de cette étude seront connus de façon concomitante à ce présent travail.

❖ I.2 Problématique et question de recherche

Nous l'avons vu, les maisons de santé sont le plus souvent présentées comme sources de nombreux avantages pour les médecins qui y exercent, avec toutefois certaines limites.

Par ailleurs, l'idée d'une prévention du burnout par l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle est avancée, de façon plus ou moins formelle par différents auteurs. Le Dr Serin, premier vice-président de la FFMPS présente ces structures comme un « *outil de prévention du burnout professionnel* » (126), sans toutefois appuyer ses propos d'éléments scientifiques. De nombreux travaux sur le burnout des médecins libéraux proposent également, en conclusion, l'exercice en maison de santé comme solution au burnout, sans bénéficier de données ou d'arguments formels en faveur (16, 18).

Toutefois, les professionnels de santé eux-mêmes, proposent spontanément ce mode d'exercice comme facteur protecteur du burnout lorsqu'ils sont interrogés à ce sujet (120).

De façon plus concrète, le Dr Romero-Vidal démontre dans son travail de thèse (une étude de prévalence du burnout auprès de médecins généralistes) que l'exercice en groupe neutralise l'ensemble des facteurs associés à un risque plus important de burnout (18), sans toutefois préjuger de la nature du mode de regroupement.

D'un autre côté, d'autres études se veulent plus réservées sur l'influence de l'exercice de groupe sur le niveau de burnout des praticiens. Par exemple, une étude de l'URPS Centre de 2012, dont le but était de connaître les éléments attendus par les médecins libéraux pour améliorer leurs conditions de travail, retrouvait 35.5% des médecins qui citaient la prévention de l'épuisement professionnel comme prioritaire, alors que 53% d'entre eux exerçaient en groupe (cabinet de groupe, maisons de santé ou pôles de santé).

Le recul paraît donc pour le moment insuffisant en France pour apprécier de façon rigoureuse le bénéfice obtenu en termes d'épuisement professionnel grâce aux maisons de santé. Cependant, une telle démonstration a pu être effectuée aux Etats-Unis dans le cadre des *Patient-Centered Medical Home* (PCMH), modèle américain des maisons de santé pluriprofessionnelles, se rapprochant des critères français, à

ceci près que le médecin y exerce un rapport d'autorité vis-à-vis des paramédicaux (127). Une étude prospective mono-centrique de type avant-après, sur une période de deux ans, a ainsi mis en évidence, entre autres bénéfiques, une diminution significative des niveaux de burnout au sein de l'équipe médicale et paramédicale d'une PCMH (122), de façon très nette concernant la composante d'épuisement émotionnel.

Il paraît ainsi évident, de par l'engouement envers les maisons de santé, leur effet attractif pour la jeune génération et les expériences étrangères, que ces structures peuvent apporter un bénéfice vis-à-vis de l'épuisement professionnel, d'autant plus que de nombreux facteurs considérés protecteurs, ou éléments de prévention, que nous avons vus plus haut, peuvent être retrouvés dans le mode de fonctionnement d'une maison de santé. Cependant, il apparaît que l'exercice en groupe ne semble pas être l'élément clé de l'effet protecteur de ces structures.

Nous nous sommes donc demandé quels pouvaient être les facteurs faisant d'une maison de santé un outil de prévention de l'épuisement professionnel du professionnel de santé y exerçant. Aucune étude ne pouvant répondre de façon claire et légitime à cette question, et cette problématique n'ayant pas été publiée dans la littérature, nous avons décidé d'initier ainsi un travail autour de cette question de recherche :

Quels sont les facteurs attendus ou ressentis comme protecteurs vis-à-vis de l'épuisement professionnel, ou burnout, par les médecins généralistes souhaitant exercer ou exerçant déjà en maison de santé pluriprofessionnelle ?

Afin de répondre à la question, la démarche est d'abord de trouver toutes les pistes possibles de réponses à la question.

❖ **I.3 Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les caractéristiques de l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle amenant les médecins généralistes y exerçant à être moins exposés au risque de burnout.

Les objectifs secondaires sont de :

- Vérifier l'existence et la nature de facteurs attendus ou ressentis comme pourvoyeurs d'épuisement professionnel liés à l'exercice en maison de santé.
- Dissocier ce qui est propre à l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle de ce qui peut être étendu à d'autres modes d'exercices.

❖ **I.4 Hypothèses de recherche**

Selon les éléments de la littérature, il paraît assez évident que les médecins généralistes exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle sont moins exposés au risque de burnout.

Les facteurs pouvant expliquer cette protection paraissent par contre moins évidents à déterminer : certains facteurs retrouvés comme pourvoyeurs de burnout par différentes études sont corrigés par l'exercice collégial, alors que d'autres sont propres à ce mode d'exercice.

A partir de nos recherches bibliographiques, il est possible d'envisager différents facteurs protecteurs possibles comme la diminution de la charge de travail ou des tâches administratives, une meilleure organisation du temps de travail afin de libérer du temps pour soi, la délégation des tâches, l'aide confraternelle, les échanges entre pairs (informels, groupes de pairs, groupe Balint), la possibilité d'une FMC facilitée, la participation à des activités de recherche, l'accueil universitaire ou encore le changement de mentalité des patients.

A l'inverse, l'activité de groupe peut amener à des rapports confraternels difficiles ou conflictuels, ce qui ne semble pas suffire à enrayer l'effet protecteur de ces structures vis-à-vis du burnout.

II-Matériel et méthodes

❖ **II.1 Recherche bibliographique**

La première partie de notre travail de recherche a été d'effectuer une bibliographie complète et pertinente en rapport avec nos thèmes et notre question de recherche.

- **II.1.1 Bases bibliographiques**

La recherche de références bibliographiques a été effectuée à partir de :

○ **I.1.1.1 Bases de données en ligne :**

PubMed (site de la National Library of Medicine)

Science Direct

Doc'CISMeF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française)

La Banque de Données en Santé Publique (BDSP)

Le Catalogue SUDOC (Système Universitaire de Documentation)

○ **II.1.1.2 Moteurs de recherche :**

Google

Google Scholar

○ **II.1.1.3 Revues scientifiques et médicales :**

La Revue du Praticien de Médecine Générale

La Revue Prescrire

Antidote

Bulletin Officiel de l'Ordre National des Médecins

- **II.1.1.4 Sites officiels de structures faisant autorité :**

HAS

ARS

Assurance Maladie

Santé.gouv.fr

Légifrance

Conseil National de l'Ordre des Médecins

FFMPS (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé)

- **II.1.1.5 Littérature grise :**

Recoupements bibliographiques

Echanges avec d'autres Internes ou le Directeur de Thèse

Supports de présentation de séminaires ou de congrès

Ouvrages spécialisés issus du site « Decitre » ou consultés en bibliothèque

- **II.1.2 Mots clés**

Les mots-clés utilisés de façon isolée ou combinée pour les recherches étaient principalement les suivants :

- **II.1.2.1 En français :**

« burnout », « épuisement professionnel », « maison de santé pluridisciplinaire », « maison de santé pluriprofessionnelle », « maison médicale », « médecine générale », « médecin généraliste », « prévention », « facteurs de risque », « facteurs protecteurs », « prise en charge »

○ **II.1.2.2 En anglais :**

« burnout », « medical house », « patient centered medical home », « general practitioners », « GP », « risk factors », « prevention », « avoid »

Ces mots-clés, concernant les recherches dans la littérature anglo-saxonne, ont été déterminés à l'aide du MeSH (*Medical Subject Headings*) bilingue du site de l'Inserm (*Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale*) afin d'obtenir des mots-clés de référence pour les recherches sur PubMed.

Enfin, le logiciel *Zotero* a été utilisé lors de l'archivage et du référencement de la bibliographie.

❖ II.2 Méthodologie de l'enquête

- II.2.1 Type d'étude et démarche qualitative

Nous avons choisi, afin de répondre de la façon la plus appropriée possible à notre question de recherche, d'effectuer une étude de type qualitative transversale, par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de médecins généralistes volontaires. En effet, le burnout constituant une atteinte psychologique des médecins généralistes, il paraît plus adapté que ces facteurs soient rapportés de façon subjective par les intéressés.

La recherche qualitative est une méthode principalement basée sur l'observation et l'écoute, permettant de mettre en valeur et de décrire le discours et les expressions non verbales des personnes interrogées ou observées (128). Surtout développées en sciences humaines ou en sociologie, les techniques de recherche qualitative permettent de décrire au plus près des modes de vie, des comportements et d'expliquer ce sur quoi ils reposent, tout en laissant la parole libre aux sujets interrogés ou observés en s'efforçant d'intervenir au minimum en temps qu'enquêteur afin de ne pas influencer les données recueillies.

La recherche qualitative permet une démarche interprétative et cherche à répondre de manière statique aux questions du type « *comment* » et « *pourquoi* », par une approche compréhensive (128).

Ainsi, le choix d'un mode d'exercice et le ressenti d'un épuisement professionnel par le praticien étant deux thèmes nécessitant, pour les explorer, des discours riches, variés et sincères, ce mode d'étude nous a paru le plus approprié afin de recueillir des attentes, des émotions ou des vécus, sans cloisonner excessivement les données récupérées.

Nous nous sommes associés pour les besoins de l'étude avec un autre chercheur, Philippe Migné, effectuant un travail de recherche qualitative abordant également le thème des maisons de santé pluriprofessionnelles, ayant pour but de déterminer les avantages et les inconvénients ressentis par les médecins généralistes exerçant dans une maison de santé pluriprofessionnelle. Son travail s'orientant vers la même méthodologie décrite ci-après, nous avons convenu d'une mise en commun de notre enquête avec un recrutement similaire, une trame d'entretien commune et une participation conjointe à l'analyse des données.

- **II.2.2 Population étudiée : échantillonnage, recrutement et nombre de sujets nécessaires**

Notre question de recherche étant centrée sur le médecin généraliste et l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle, nous avons recruté un échantillon de médecins généralistes, exerçant en France, en maison de santé pluriprofessionnelle, ou exerçant actuellement seul ou en groupe avec le projet concret de rejoindre dans les prochains mois une maison de santé. L'existence d'un tel projet était confirmée par le médecin interrogé lui-même afin de s'assurer qu'il corresponde bien aux critères de recrutement.

En pratique, pour les besoins de cette enquête, nous voulions obtenir un échantillon de médecins le plus diversifié possible, caractéristique nécessaire à la validité d'une enquête qualitative (128), afin de recueillir un maximum de critères différents intervenant dans la protection des médecins généralistes du burnout en maison de santé. Il ne s'agit pas de chercher à être représentatif ou d'extrapoler les résultats à une population générale, mais de tirer de l'échantillon des informations pertinentes et valides.

Nous avons pour cela décidé d'effectuer un échantillonnage raisonné (129, 130), qui est une procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible, en l'adaptant à nos critères de diversité.

Le recrutement a eu lieu en grande partie en Poitou-Charentes, du fait d'une facilité d'accès à ces médecins pour les enquêteurs, mais a été élargie à l'ensemble de la France afin de s'approcher de profils non retrouvés dans la région, nécessaires à la diversité de notre échantillon.

La technique de recrutement s'est basée dans cette enquête sur de nombreuses sources et méthodes, sur volontariat des médecins :

- ❖ Contact auprès des ARS et des instances ordinales départementales, permettant de localiser les maisons de santé existantes ou en projet et de récupérer les coordonnées des médecins à interroger, complété à l'aide d'annuaires téléphoniques.

- ❖ Contact par bouche à oreille à partir de connaissances personnelles des deux chercheurs ou de personnes relais (secrétaires médicales, visiteurs médicaux, directeur de thèse, ...).
- ❖ Contact par technique de proche en proche ou dite de la « boule de neige » (129), consistant à demander aux personnes interrogées le nom d'autres personnes susceptibles de correspondre aux profils recherchés.

Les rendez-vous étaient pris auprès des médecins eux-mêmes, par contact téléphonique ou par mail. En cas de secrétariat les enquêteurs demandaient à parler directement au médecin.

Les informations délivrées lors du premier contact concernaient la présentation générale du sujet (les maisons de santé pluriprofessionnelles et l'épuisement professionnel), les modalités d'enquête, la durée d'entretien (estimée entre 30 et 50 minutes), la garantie de l'anonymat et d'un droit de regard sur les écrits produits (128).

Les variables générales et démographiques recueillies, pour la plupart connues avant même le premier contact avec le médecin du fait d'un échantillonnage raisonné, et permettant d'assurer une diversité suffisante (128), étaient complétées en début d'entretien et étaient les suivantes :

- ❖ Sexe (homme / femme)
- ❖ Âge des médecins (moins de 35 ; 36 à 45 ; 46 à 55 ; plus de 55 ans)
- ❖ Situation familiale (célibataire ; en couple sans enfant ; en couple avec enfant ; union sans enfant ; union avec enfant ; divorcé)
- ❖ Lieu d'exercice (rural ; semi-rural ; urbain)
- ❖ Mode d'exercice (seul ; cabinet de groupe ; maison de santé pluriprofessionnelle)
- ❖ Participation à d'autres activités (aucune ; associative en rapport avec la médecine ; associative sans rapport avec la médecine ; professionnelle en rapport avec la médecine ; professionnelle sans rapport avec la médecine ; les deux)
- ❖ Nombre d'heures de travail par semaine (moins de 35 ; 36 à 40 ; 41 à 45 ; 45 à 50 ; plus de 50 heures) et de congés par an (moins de 3 ; 3 à 6 ; 7 à 9 ; plus de 9 semaines)

Le lieu d'entretien était laissé au libre choix du médecin interrogé, en lui recommandant un lieu neutre et calme, et la date dépendait des disponibilités de chacun. Un des entretiens a été réalisé par l'intermédiaire d'un logiciel de visioconférence (*Skype*) du fait d'un éloignement géographique important entre l'enquêteur et le médecin interrogé et par préférence de ce dernier.

Le nombre de médecins nécessaires à l'enquête n'était pas déterminé à l'avance. En effet, même si une idée du nombre d'entretiens nécessaires dans ce type d'étude est estimée dans certains travaux entre 12 et 30 (131, 132), un recueil de données par entretiens semi-directifs doit s'achever selon la règle de saturation des données (128), c'est-à-dire après l'absence de nouvelle donnée pertinente au bout de trois entretiens successifs (128, 129, 133), survenue dans notre travail au bout du 17ème entretien.

- **II.2.3 L'enquête : entretien semi-dirigé**

L'enquête en elle-même reposait donc sur le principe de l'entretien semi-dirigé (134), technique qualitative de recueil de données, qui consiste en une interaction verbale, se rapprochant d'une conversation entre l'interviewer, ou chercheur, et l'interviewé (135). Elle s'appuie sur l'expérience et le vécu de la personne interrogée et sur les concepts retenus par le chercheur pour objectiver, dans une élaboration commune, la complexité du thème de la recherche (129). Ainsi l'interviewé livre au chercheur les paramètres subjectifs de sa réflexion et de son raisonnement, tandis que le chercheur recueille la parole de l'interviewé dans une attitude ouverte et bienveillante, la moins directive possible, fondée sur l'empathie, avec neutralisation de tout jugement vis-à-vis de l'interviewé et de tout rapport de domination implicite (134).

L'interaction verbale permet au chercheur de construire l'entretien en fonction des propos de l'interviewé autour d'une trame prédéfinie. Cette attitude requiert beaucoup d'expérience de la part du chercheur, nécessitant une aisance verbale ainsi qu'une capacité à utiliser de nombreuses techniques verbales (résumé, explicitation, éclaircissement, relances, ...) (129). L'enquête conjointe à deux chercheurs nous a permis de travailler ensemble ces techniques et de mettre le doigt sur certaines difficultés, en les corrigeant grâce aux conseils de chacun et de nos

directeurs de thèses. Notre capacité à développer une attitude adaptée à ce type d'entretien s'est ainsi nettement améliorée au fil du temps.

Un guide d'entretien permet de construire l'entretien semi-structuré. Il est constitué d'une consigne de départ et d'une liste de quelques thèmes, identifiés par le chercheur compte-tenu de la bibliographie et des hypothèses de travail (128, 129). Le chercheur tente donc de confirmer un certain nombre d'hypothèses théoriques mais le principe de l'interaction verbale peut le conduire à repérer de nouvelles hypothèses inattendues. Sont donc établies des questions pertinentes en lien avec le sujet, introduites le plus naturellement possible dans la conversation. Elles encouragent une expression fidèle et précise de l'interviewé, avec explicitations de l'ambigu (129).

Nous avons donc réalisé en amont, pour les besoins de notre enquête, un guide d'entretien mis en commun avec l'autre chercheur travaillant en parallèle sur le thème des maisons de santé, basé sur les premières recherches bibliographiques. Une introduction pré-rédigée rappelait le sujet (128), les modalités d'enquête, afin d'obtenir un consentement oral, et les principes de l'entretien semi-directif. Une première partie consistait à recueillir les caractéristiques démographiques retenues et décrites plus haut, puis la seconde partie était constituée d'une trame de questions ouvertes (128), avec si besoin relances et clarifications, chacune des questions étant annotées pour l'enquêteur de mots-clés relevés à partir des données bibliographiques, à utiliser en cas de défaut de spontanéité des propos de l'interviewé, ou de nécessité de relances orientées. Enfin une troisième partie de la trame invitait le médecin interrogé à remplir sur Internet une auto-évaluation du niveau de burnout selon le test MBI de Maslach (8) (cf. Annexe 5), instrument validé et de référence pour mesurer le burnout.

Ce guide d'entretien a été testé une première fois par chacun des deux chercheurs, permettant de vérifier sa pertinence (128) et d'effectuer quelques modifications de forme et de fond, afin d'obtenir une trame d'entretien définitive (cf. Annexe 1).

Les entretiens ont ainsi débuté en février 2013 et se sont achevés en juillet 2013, un délai étant nécessaire entre chaque entretien pour réaliser leur retranscription par écrit et l'analyse en continu. Un total de 17 entretiens a été réalisé pour les besoins de ce travail, d'une durée de 13 à 56 minutes, la plupart ayant eu lieu sur le lieu de travail des médecins interrogés.

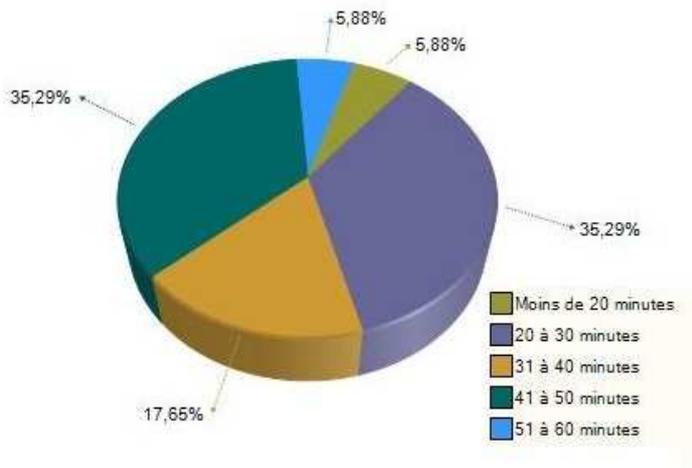


Figure 4 : Durée d'entretien

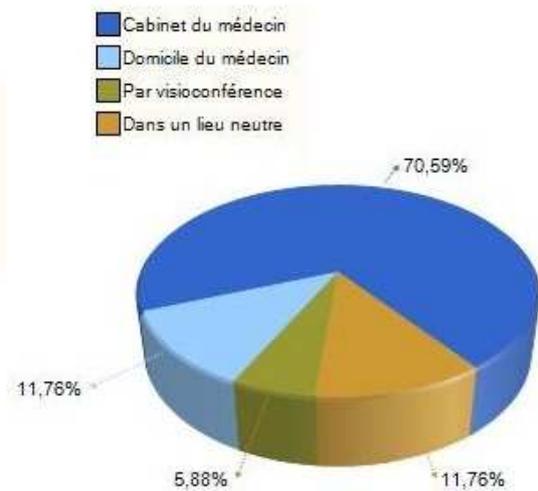


Figure 5 : Lieu d'entretien

- **II.2.4 Verbatim, retranscription, anonymisation et validation des données**

Les entretiens étaient intégralement enregistrés avec l'accord des médecins interviewés (128, 136) au moyen d'un microphone relié à un ordinateur portable ou d'un magnétophone numérique, selon le chercheur.

Etaient notés par écrit en parallèle par les chercheurs, tout geste évocateur, changement d'attitude de la part de l'interviewé ou tout élément perturbateur au cours de l'entretien, afin de les intégrer à la retranscription de l'entretien.

Les enregistrements ainsi obtenus ont ensuite été intégralement retranscrits par écrit (128) sur ordinateur à l'aide d'un traitement de texte (*Word*), mot à mot, de la façon la plus fidèle et donc objective possible à l'enregistrement, en écoutant l'entretien. Le chercheur y est désigné « Z » et l'interviewé par une lettre de l'alphabet correspondant à l'ordre dans lequel les différents entretiens ont été menés,

de « A » à « Q ». Y sont inclus des éléments paralinguistiques entre parenthèses (136). Ces retranscriptions, appelées verbatims (133), sont référencées en intégralité en annexe de cette étude. Cette étape exige beaucoup de temps mais elle est primordiale car d'elle dépend la validité des données.

Afin de permettre l'anonymat des médecins interrogés, les noms de lieux, de confrères ou de toute autre personne ont été remplacés par leurs initiales respectives (129, 136). Enfin, afin de s'assurer que ces étapes permettaient à la fois de respecter les propos des médecins interviewés, leur anonymat et leur intégrité, le verbatim leur était adressé personnellement par e-mail, afin qu'ils relisent, apportent des corrections si nécessaire et valident cette retranscription pour nous permettre ainsi d'exploiter ces verbatims pour l'analyse des données (136). L'ensemble des médecins interrogés pour les besoins de cette étude ont répondu positivement et sans réserve en retour à leur verbatim.

- **II.2.5 Analyse des données textuelles**

L'analyse des données s'est faite en parallèle à la période de recueil, faisant émerger progressivement des axes de réflexion. Une analyse de type thématique transversale (128) des résultats a été choisie par les chercheurs, afin de dégager des verbatims des résultats adaptés à nos questions de recherche respectives et en accord avec notre méthodologie. Il s'agit d'une méthode d'analyse principalement descriptive qui vise à cerner par une série de courtes expressions l'essentiel d'un propos ou d'un document, en rapport avec l'orientation de la recherche, puis à regrouper ces thèmes de manière organisée en un raisonnement (137). Chaque thème est associé aux extraits d'entretiens qui ont la même unité de signification (137).

Il s'agissait donc dans un premier temps de lire le verbatim de façon itérative afin de s'en imprégner. Nous avons ensuite utilisé pour l'analyse des données un logiciel adapté à l'analyse qualitative, nommé NVivo 10, édité par *QSR International*. Ce logiciel nous permettait ainsi, en lisant le verbatim, d'identifier et de relever des idées émergentes afin de créer un système de codage, mettant en avant des thèmes saillants. L'attention était portée sur le niveau d'inférence pour limiter toute subjectivité (137). Après codage de plusieurs entretiens, les codes ainsi obtenus

étaient regroupés en thèmes principaux, réorganisés si besoin, amenant parfois à faire émerger de nouvelles idées et à relire les verbatims afin d'opérer ainsi un regroupement thématique, ou codage axial. On obtient ainsi une grille de codage, ou arbre thématique (137), avec les différents thèmes principaux, les sous-thèmes et les références aux verbatims associées, avec certains extraits choisis comme les plus significatifs ou pertinents, présentés dans la partie « Résultats » de ce travail. Les catégories ont été comparées entre elles, redéfinies et réduites en nombre au cours de l'analyse.

Ce codage était réalisé en parallèle, de façon croisée, et pour l'ensemble des verbatims, par chacun des deux chercheurs concernés par les entretiens, selon le principe de la triangulation des données, qui vise à limiter la subjectivité du chercheur par la confrontation avec d'autres analystes, ainsi qu'à mettre en évidence des thèmes passés inaperçus auparavant (133, 138). Le codage a par ailleurs été adressé à nos directeurs de thèse respectifs pour avis. Une confrontation des arbres thématiques était également opérée, à différents moments de l'analyse, entre les chercheurs afin de les compléter et de les affiner grâce aux visions et expériences de chacun.

Le contenu de l'analyse, et donc du codage, était encadré par la question de recherche ainsi que par nos critères d'inclusion afin d'obtenir des résultats les plus pertinents possibles. Par exemple, notre travail ne s'intéressant qu'aux facteurs attendus ou ressentis en maison de santé pluriprofessionnelle, et certains médecins interrogés exerçant à la fois en maison et en pôle de santé, certains mettaient en avant des notions liées au fonctionnement en pôle de santé. Pour garantir la fiabilité et la validité des résultats, n'ont n'avons donc pas retenus les propos concernant les pôles de santé pour ce travail.

- **II.2.6 Considérations éthiques**

Le consentement oral du médecin a été recueilli lors du recrutement et en début d'entretien (139). Il a été rappelé aux médecins leurs droits de refus ou de retrait de l'étude à tout moment (139).

La garantie d'anonymat aux médecins était fournie via l'anonymisation des données (139).

Conformément à la CNIL (*Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*), les médecins avaient un droit de regard sur les données fournies et exploitées, en matière d'accès et de rectification. Cette démarche suivait les principes de finalité (usage exclusif pour ces deux travaux de recherche, sauf accord contraire), de transparence et de sécurité (informations d'accès limité aux personnes autorisées)(128,139).

III-Résultats

❖ III.1 Caractéristiques démographiques des médecins interrogés

- III.1.1 Age et sexe

Les médecins interrogés étaient âgés de 30 à 65 ans. On dénombrait 4 femmes et 13 hommes.

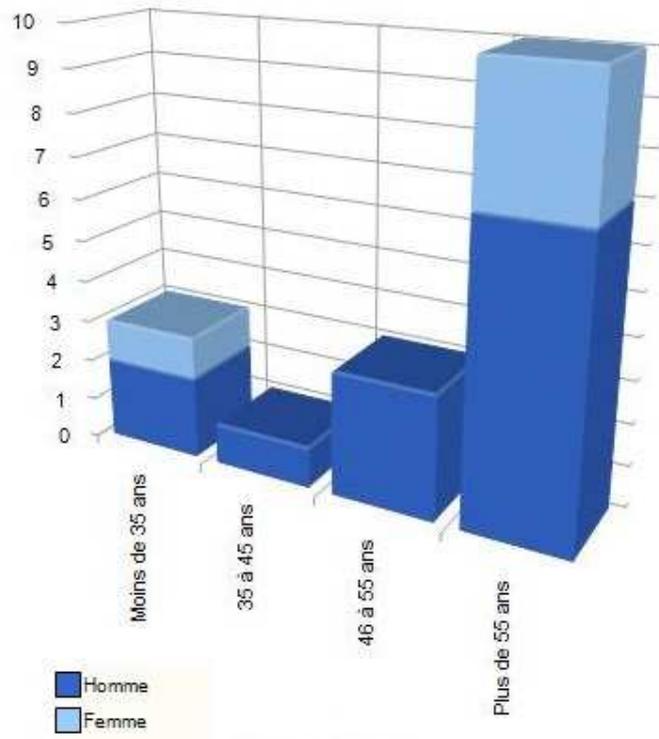


Figure 6 : Age et sexe des médecins

- III.1.2 Situation familiale

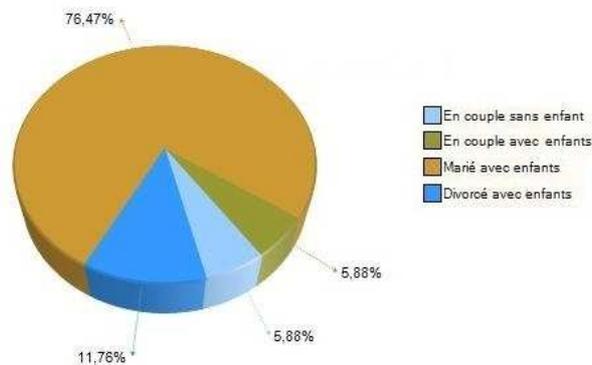


Figure 7 : Situation familiale des médecins interrogés

- III.1.3 Lieu et type d'exercice

On retrouve au sein du panel 4 médecins ruraux, 12 semi-ruraux et 1 urbain. Deux d'entre eux exerçaient en cabinet seul, 3 en cabinet de groupe et 12 en maison de santé pluriprofessionnelle.

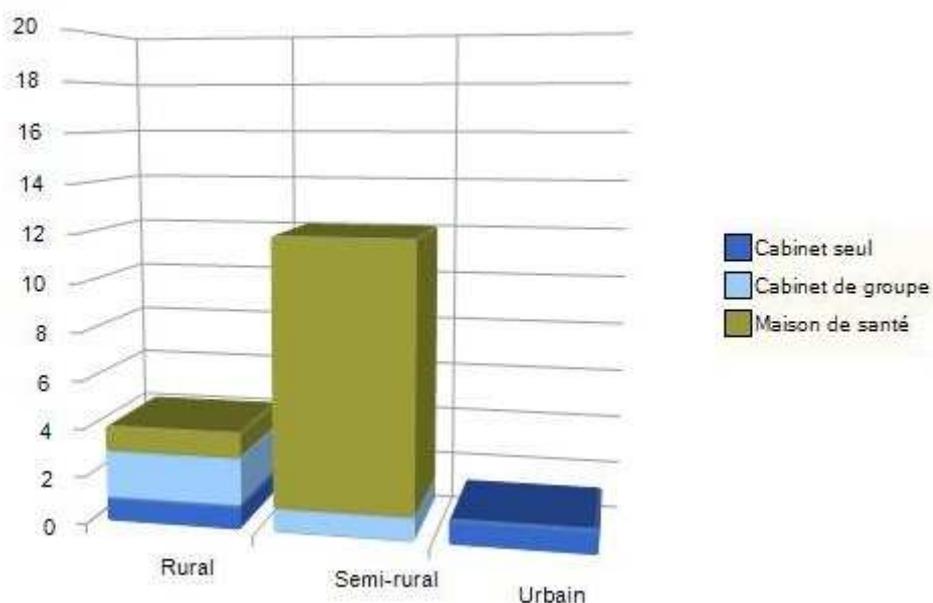


Figure 8 : Lieu et type d'exercice des médecins interrogés

- III.1.4 Activités complémentaires

Parmi les médecins interrogés, 6 avaient une activité professionnelle complémentaire en rapport avec la médecine générale, un seul une activité associative autre que médicale et 3 sans aucune autre activité.



Figure 9 : Activités complémentaires des médecins interrogés

- III.1.5 Temps de travail hebdomadaire et congés annuels

Parmi les médecins interrogés, 3 prenaient plus de 9 semaines de congés, 6 entre 7 et 9 et 8 entre 3 et 6 semaines. Une grande diversité du nombre d'heures de travail hebdomadaires était retrouvée au sein du panel, la majorité travaillant toutefois plus de 50 heures par semaine.

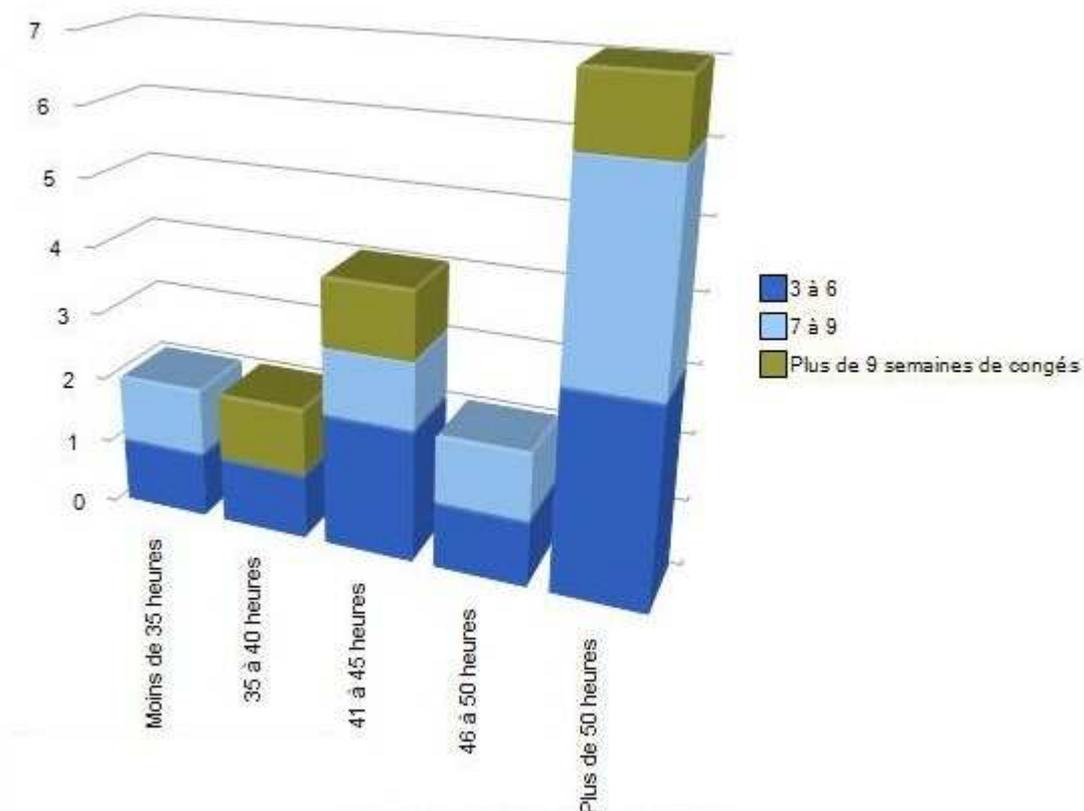


Figure 10 : Temps de travail et congés des médecins interrogés

❖ III.2 Principaux résultats de l'étude

- III.2.1 L'épuisement professionnel

o III.2.1.1 : Résultats à l'auto-évaluation MBI :

Sur un total de 17 médecins interrogés, tous ont été enclins à parler de l'épuisement professionnel et 13 ont accepté de compléter l'auto-évaluation du burnout, par l'échelle MBI, proposée à la fin de l'entretien.

Quatre médecins sur treize étaient en situation d'épuisement professionnel (D, I, O et Q). Deux médecins étaient considérés à risque de développer un burnout (F et N), objectivant des niveaux modérés d'atteinte pour certaines dimensions, sans dimension cotée à un niveau élevé.

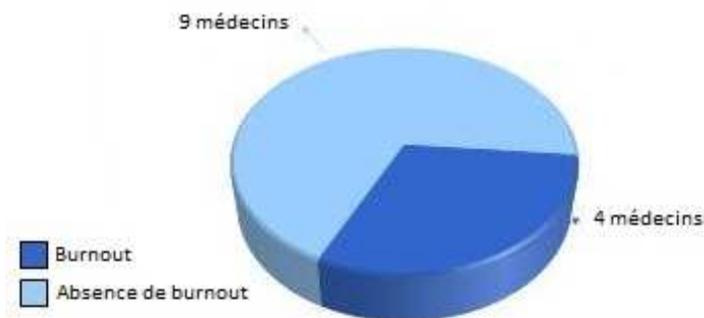


Figure 11 : Prévalence du burnout au sein des répondants au MBI

Un niveau élevé d'épuisement émotionnel était présent chez deux des médecins ayant rempli le MBI (O et Q), de dépersonnalisation chez l'un d'entre eux (I) et de diminution de l'accomplissement professionnel chez l'un d'eux (D). Aucun des répondants ne présentait cependant un niveau élevé d'épuisement professionnel (association des trois composantes du burnout à un niveau élevé).

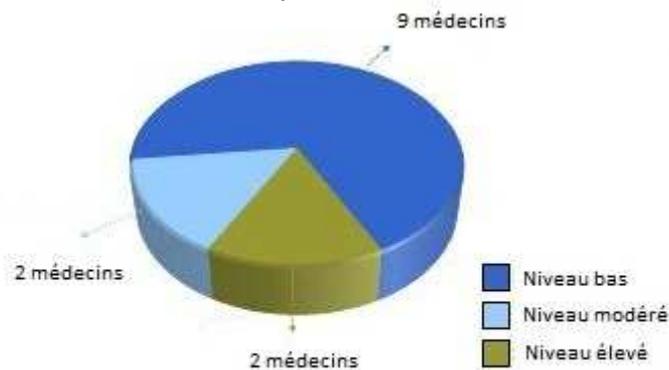


Figure 12 : Epuisement émotionnel parmi les répondants au MBI

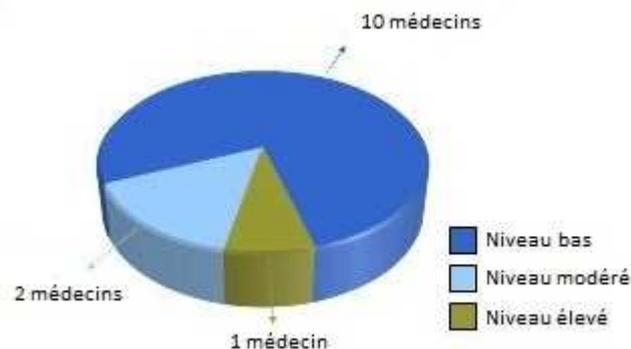


Figure 13 : Dépersonnalisation parmi les répondants au MBI

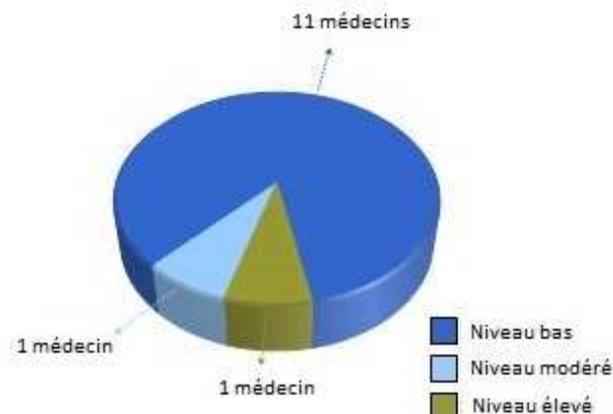


Figure 14 : Diminution de l'accomplissement professionnel parmi les répondants au MBI

○ **III.2.1.2 : Texte libre en fin de questionnaire du MBI**

➤ **III.2.1.2.1 : Evolution temporelle des résultats :**

Certains médecins insistent ici sur l'évolution temporelle des résultats, à court terme et à long terme (A et C) :

A « *j'ai rempli ce même test la semaine dernière avec interne, associée et secrétaire ... le week-end a fait du bien ...* »

C « *Les angoisses s'amenuisent pour disparaître avec l'âge, les réponses n'auraient pas été les mêmes il y a 25 ans.* »

➤ **III.2.1.2.2 : Critiques concernant le questionnaire :**

Un des médecins a critiqué certaines questions du MBI (N) :

N « *la question j'ai accompli beaucoup de choses, etc. me semble mal posée, j'hésite à mettre tous les jours car cela me paraît très prétentieux* »

○ **III.2.1.3 : L'évaluation du burnout :**

Certains médecins avaient connaissance de grilles d'évaluation (A et H) :

A « *J'ai tenté, donc c'est le BMI test de Maslach* »

H « *Il y a des grilles pour le burnout.* »

Ils s'évaluent grâce à ces grilles (A et H) :

A « *alors moi je le fais, je me base un petit peu sur le roulement de mes internes, je le fais début ou milieu du stage et à la fin du stage, au moins deux fois dans le stage [...]. Je le fais aussi systématiquement et quelques fois c'est plein de surprises.* »

H « *Et on est tous dans l'orange, tous les collègues qui l'ont rempli.* »

Et proposent parfois cette évaluation à leurs collègues (A et H) :

A « *La nouveauté c'est que la dernière fois je l'ai fait faire à mon associée et à ma secrétaire. [...] j'ai abordé une fois le sujet avec mes infirmières, elles ont refusé. Je l'ai fait faire à mes pharmaciens tiens !* »

○ **III.2.1.4 Ressenti du burnout**

Beaucoup de médecins se sentent concernés par le burnout (B, C, D, E, H, K, et O) :

E « *Vulnérable, ça nous arrive souvent.* »

O « *Je connais un peu les signes du burnout. Moi je suis en burnout. Depuis plusieurs années, je traîne ça. Je traîne, je résiste.* »

Certains l'ont été dans le passé (B, C, H, K, M, et Q) :

B « *Oui. Quand j'étais plus jeune, cela m'arrivait de finir à 22h, 22h30 le soir. C'était pénible. On est tout seul. Il y a toujours l'angoisse de faire une connerie.* »

C « *Oui. Ouais mais je suis vachement cyclique ! (rires) j'ai des cycles courts (rires) Alors, ouais, vraiment, quand j'ai décidé de prendre un associé il y a 27 ans... (pause)* »

Certains ont le sentiment d'être en burnout à l'heure actuelle (B et O) :

B « Souvent, et encore toujours dans la maison de santé. J'ai 58 ans. Il y a des moments où l'on est fatigué. Mais ces petites périodes de « pré-burnout » qui pouvaient durer quelques jours quand j'étais jeune ne durent que quelques heures dans la journée maintenant. »

Au contraire, d'autres ont le sentiment de ne pas être concerné par l'épuisement professionnel (F, G, I, J, L, N et P) :

G « Non ! C'est quelque chose que je ne connais pas. (Rires) »

P « Non, je n'ai jamais été victime du burnout. »

L'un d'eux nuanciant cette impression, craignant de devoir y faire face (F) :

F « Non j'ai pas été victime du burnout. Par contre j pense que j'ai un bon potentiel pour l'être un jour (rires). »

○ III.2.1.5 En résumé

4 médecins, sur les 13 ayant répondu au MBI, étaient en situation d'épuisement professionnel (chacun ne présentant une atteinte à un niveau élevé que pour seulement l'une des trois composantes du burnout) :

- Epuisement émotionnel élevé : 2 médecins

- Dépersonnalisation élevée : 1 médecin

- Accomplissement professionnel faible : 1 médecin

2 médecins présentaient un risque modéré de développer un burnout.

Les médecins ont souligné l'évolution temporelle à court et long termes de leur niveau de burnout et certaines difficultés avec le questionnaire MBI.

L'auto-évaluation de l'épuisement professionnel est connue et utilisée par certains.

De nombreux médecins se sont dit être ou avoir été exposé au burnout.

Certains ne se sentent pas concernés mais peuvent craindre de devoir y faire face un jour.

- **III.2.2 Protection vis-à-vis de l'épuisement professionnel**
 - o **III.2.2.1 En maison de santé pluriprofessionnelle**

Certains médecins évoquent spontanément la maison de santé comme une solution à l'épuisement professionnel (B, C et P) :

P « *La maison de santé est clairement un mode protecteur* »

B « *Dans la maison de santé, il y a quand même une ambiance, on travaille en équipe, on se soutient, on peut échanger nos petites misères, donc ça va beaucoup mieux là.* »

C « *clairement, la structure qu'offre la maison de santé en terme de fonctionnement et de travail m'ont permis de ne pas tomber dans le burnout qui était possible avec mes problèmes familiaux récents.* »

Les facteurs mis en avant par les médecins comme pourvoyeurs d'un effet protecteur vis-à-vis du burnout, concernant l'exercice au sein d'une maison de santé, peuvent être répartis en différents groupes de bénéfiques : professionnel partagé ; professionnel personnel ; sur les plans matériel et technique ; concernant la prise en charge ; personnel.

➤ **III.2.2.1.1 : Bénéfice professionnel partagé :**

✓ **III.2.2.1.1.a) Travailler en équipe**

Le fait de pouvoir échanger, discuter est mis en avant par de nombreux médecins (B, F, G, H, J, M et Q) :

B « *Dans la maison de santé, il y a quand même une ambiance, on travaille en équipe, on se soutient, on peut échanger nos petites misères, donc ça va beaucoup mieux là.* »

H « *Il y avait aussi le fait de ne pas pouvoir débriefer, le fait de ne pas pouvoir en parler entre nous quand on avait des fins de vie. L'intérêt d'être regroupé, c'est qu'au moins, entre nous, on peut en parler.* »

Apportant ainsi un certain dynamisme qui est protecteur (J et P) :

P « *L'équipe dynamique m'a permis de rester dans un aspect extrêmement attractif et plaisant et je me suis beaucoup appuyé sur mon travail. [...] Ben protecteurs, oui, je vous dis : dynamique, dynamique de l'équipe* »

Par le simple fait de se rencontrer (H) :

H « *Oui. C'est forcément plus agréable, seulement le fait de rencontrer ses confrères.* »

De se voir régulièrement (C) :

C « *Il faut le resserrer, le ressouder, il faut se voir souvent.* »

Ou encore de se réunir autour d'un repas ou d'un café (C, H et I) :

H « *Il y a des médecins qui travaillent avec des infirmières qu'ils n'ont jamais vues. Comme il y a des médecins qui ne connaissent pas les assistantes sociales : c'est cet isolement qui est dommageable. Dans l'île, tout le monde se connaît. On les connaissait déjà. Mais maintenant, on prend le café ensemble. C'est déjà très important.* »

I « *Mais ça tu vois quand je disais que je me protégeais, assez fréquemment on dine ensemble avec des collègues, nos épouses, etc., aux frais de l'industrie pharmaceutique, on a encore cet avantage là pour quelque temps on en profite, n'est-ce pas. Donc ça si tu veux ça détend quoi, c'est un moyen de se protéger aussi je pense.* »

La coopération médicale diminue le burnout pour certains (A, B, H et M) :

A « *la première c'est pouvoir discuter plus facilement avec des confrères, ça c'est vachement important plutôt que de se retrouver tout seul comme un con dans un coin, ne serait-ce que voir un petit peu de monde autour, pour moi c'est déjà un facteur de prévention, ce qui inclus les internes.* »

H « *S'il y en a un qui est débordé, les autres peuvent aider. S'il y a une urgence qui arrive, on le prend. Ça oui. Il y a moins de burnout qu'avant* »

Grâce notamment au partage de clientèle (C) :

C « *Et donc là j'ai commencé par lui dire « non, tu ne travailleras pas le mercredi, moi je travaille pas le jeudi » et ça c'est une cause de rupture de contrat, c'est-à-dire que si jamais j'te vois travailler le jour, ton jour de congés, on pète le truc, on l'explose, moi j'me barre, enfin on s'associe plus. Donc c'était la règle du jeu parce que c'était un moyen d'obliger l'autre à venir sur la clientèle, à se séparer nos clientèles, à donner la clientèle à l'autre. »*

Pour d'autres, c'est la coopération interprofessionnelle qui apporte une protection (A, B, J, N, et Q) :

B « *Le premier facteur, c'est de travailler avec une équipe, médicale et paramédicale. »*

Notamment au travers de la délégation des tâches (E, K, N et M) :

E « *Ça nous fait une charge d'agacement en moins. Ça nous facilite la vie par délégations de certaines tâches. »*

N « *L'infirmière ASALEE qui nous suit les dépistages [...]. Ça nous rend de fiers services. [...] Pour ce genre de choses-là : oui. Grâce à la collaboration interprofessionnelle et grâce à la délégation de tâches. »*

✓ III.2.2.1.1.b) Permanence des soins

La permanence des soins, que permet la maison de santé, est perçue comme un moyen de se protéger du burnout (B, L et P) :

L « *dans la mesure où je peux avoir l'esprit plus tranquille en ce qui concerne la permanence des soins. Dans une petite structure, on est obligé d'assumer en permanence les réponses aux patients, dans une structure comme celle-ci on peut s'en aller l'esprit tranquille car on sait que des personnes pourront assumer à tout moment la prise en charge des patients de façon optimale. »*

La maison de santé permet cela en facilitant également les remplacements (A, I et M) :

A « *et de pouvoir aussi, pourquoi pas de favoriser et mutualiser les remplaçants pour pouvoir avoir vraiment un jour de repos ou de coupure dans la semaine, que ce soit pour moi, ou pour certains médecins pas très-très loin. »*

M « *pouvoir avoir plus facilement un remplaçant que quand vous êtes isolé car vous n'en trouvez pas, ou avoir un collaborateur* »

✓ III.2.2.1.1.c) Démographie médicale

Certains médecins pensent diminuer leur risque d'épuisement professionnel si le problème démographique se corrige, notamment en attirant d'autres confrères (A et Q) :

A « *Donc l'idée c'est de pouvoir évoluer (euh), pouvoir accueillir d'autres confrères, ce qui permettrait de soulager un petit peu, parce qu'effectivement à partir du moment où tu te donnes les moyens d'y arriver c'est bon. Ça viendra peut être pas tout de suite mais c'est l'idée à terme.* »

Q « *Enfin si vous voulez j'espère que de jeunes confrères vont venir et par ce fait là oui j'aurai un travail moins lourd.* »

✓ III.2.2.1.1.d) Tâches administratives

Le fait de se libérer des contraintes administratives est avancé comme un facteur protecteur (D, L, M et N) :

D « *c'est sans doute pour avoir moins de contraintes administratives et se consacrer complètement, peut être, d'une certaine manière, à leur métier* »

M « *soulager une partie des tâches administratives* »

Notamment grâce à l'aide d'un secrétariat (B, C et E) :

E « *Travailler ensemble avec la mise en place du secrétariat, ça oui, ça nous protège du burnout. Ça nous fait une charge d'agacement en moins. Ça nous facilite la vie par délégation de certaines tâches.* »

✓ III.2.2.1.1.e) Ambiance de travail

L'ambiance de travail est mise en avant au sein des maisons de santé, avec en particulier un espace de travail neutre (C) :

C « *On avait une décoration commune mais une personnalisation neutre. Pour ne pas venir empiéter ou imposer des choses à l'autre, sa femme, sa*

maîtresse ou ses enfants. Et ça moi je crois que c'est fondamental parce qu'à partir de là tu créés une mentalité. »

Ou encore la possibilité d'une relation d'égal à égal entre les différents professionnels de santé (J) :

J « Donc j'crois que voilà, les maisons de santé, bah elles permettent ça, d'essayer de rééquilibrer un peu les positions de chacun. Ça améliorera la prise en charge des gens, et nous on sera mieux dans nos baskets hein ! (rires)»

✓ III.2.2.1.1.f) En résumé

La maison de santé est un mode de travail protecteur du burnout par le biais d'un confort de travail partagé grâce, notamment, à ces éléments :

- ***Le travail en équipe, permettant d'échanger, de discuter, de se rencontrer ou de se voir régulièrement, pourquoi pas autour d'un café ou d'un repas, amenant un certain dynamisme. Cela s'appuie également sur la coopération médicale, grâce au partage de patientèle et sur la coopération interprofessionnelle, grâce à la délégation des tâches.***
- ***La permanence des soins qui y est facilitée notamment par des remplacements plus aisés.***
- ***L'effet positif sur la démographie médicale, en constituant notamment un mode d'exercice attractif permettant d'attirer d'autres collègues.***
- ***Les tâches administratives qui y sont moins contraignantes, notamment par le bénéfice apporté par un secrétariat physique complet et efficient.***
- ***L'ambiance de travail qui y règne, avec des relations d'égal à égal entre les différents professionnels ou encore par la constitution d'un espace de travail neutre.***

➤ III.2.2.1.2 : Bénéfice professionnel personnel

✓ **III.2.2.1.2.a) Changer sa pratique**

Certains médecins mettent en avant un changement de pratique amenant à une protection vis-à-vis du burnout (A, C et J) :

J « *Et puis je le vois sur un de mes associés, qui du coup s'est installé y a 6 ans, qui a beaucoup travaillé sur le modèle de son prédécesseur en fait et qui du coup là, depuis qu'il a des internes, depuis qu'on a le projet de maison de santé, est en train de retravailler la manière dont il exerce et de prendre plus de temps etc. Et du coup il est moins speed, moins fatigué, moins sur les nerfs, voilà, il prend du recul en fait.* »

✓ **III.2.2.1.2.b) Se consacrer pleinement à son travail**

En permettant notamment de se consacrer pleinement à son travail (D) :

D « *se consacrer complètement, peut être, d'une certaine manière, à leur métier. Et ne pas se disperser en activités autres que les activités médicales pures.* »

✓ **III.2.2.1.2.c) Exercice salarié**

Pourquoi-pas en amenant la possibilité d'un exercice salarié (D) :

D « *c'est que effectivement on délègue (en insistant sur le mot) la gestion de l'organisation à autrui et quand t'es salarié t'as juste à t'occuper de recevoir ton salaire tous les mois et tu n'as pas d'autres contraintes administratives, autres que l'organisation au fond de ton métier et ce qui concerne purement la médecine.* »

✓ III.2.2.1.2.d) Compléter son activité

Pour d'autres, l'exercice en maison de santé permet de se protéger du burnout en permettant de compléter son activité de médecine générale libérale par d'autres activités, en rapport direct ou non avec leur profession (H et P) :

H « *Oui, on peut s'intéresser à d'autres sujets. On n'est pas bloqué sur du renouvellement d'arrêt de travail, tout ça. On peut s'intéresser à d'autres choses, on peut se spécialiser dans d'autres domaines tout en gardant son travail.* »

P « *Oui, je suis extrêmement ravi de bosser en maison de santé car j'ai du temps, ça permet d'avoir une activité de formation qui me valorise.* »

✓ III.2.2.1.2.e) Gérer le rythme de son activité

La maison de santé semble apporter un effet protecteur en permettant par ailleurs de mieux gérer ses horaires (G, H, I, O et P) :

G « *deuxièmement, tu bosses quand t'as envie de bosser ; si tu ne veux pas bosser, tu ne bosses pas ; si tu veux bosser, tu bosses* »

H « *Eviter le burnout, c'est avoir des horaires convenables.* »

P « *ça me permet de gérer mon planning* »

Ou de mieux gérer le surplus d'activité (B) :

B « *Pas jusqu'à faire une dépression ou à« péter un câble ». Mais il y a des moments de désarroi, de fatigue. En revanche, le fait de travailler dans une maison de santé et d'être dans une équipe, ça a considérablement amélioré ces petits moments sombres liés au surplus d'activité.* »

Afin de se libérer de la contrainte horaire (D) :

D « *Alors le temps il est variable d'un patient à l'autre. Alors autant pour certains cas ça va se passer rapidement, autant pour d'autres il va falloir un peu plus de temps et je crois que le bien être il passe par là. C'est-à-dire le fait de pouvoir exercer ton art avec bonheur, avec plaisir, en te disant que t'es pas frustré ou comme ça, c'est de pouvoir travailler sans la contrainte...* »

✓ III.2.2.1.2.f) Maîtrise de stage

La maîtrise de stage est, pour certains, facilitée par l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle, et en fait donc un facteur protecteur (C et O) :

C « Dernière chose dans la maison et les pôles, c'est quand même de pouvoir faire venir des étudiants, ça c'est absolument évident, parce qu'en plus nous ça nous habitue et ça nous oblige à retravailler le collectif et avoir une mentalité comme ça qui permet de partager. Si on accepte de partager avec quelqu'un d'autre c'est qu'on accepte qu'on ait le regard sur soi, donc c'est déjà pas mal parce que... c'est d'ailleurs la réticence de beaucoup de médecins qui ne veulent pas avoir d'interne parce qu'ils ont peur du regard de l'autre, donc ça veut dire qu'ils veulent être tout seuls, qu'ils veulent travailler seul, qu'ils ont encore leur paranoïa personnelle, et puis la peur aussi hein, j'suis pas si bon que ça, je dis des conneries aussi »

✓ III.2.2.1.2.g) En résumé

Les maisons de santé pluriprofessionnelles constituent un facteur de protection du burnout en apportant un bénéfice personnel concernant son travail grâce à ces facteurs :

- ***Un changement de pratique perçu comme positif.***
- ***La possibilité de se consacrer pleinement à son travail, au cœur de son métier.***
- ***La possibilité de compléter son activité professionnelle ou associative, voire même de rendre son activité habituelle plus riche.***
- ***La possibilité d'y exercer en tant que salarié pour certains.***
- ***Une meilleure gestion du rythme de son activité, que ce soit au niveau des horaires ou de la charge de travail et la sensation d'une pression horaire moindre.***
- ***L'accueil d'étudiants en médecine facilité avec le bénéfice que cela apporte sur sa propre pratique***

➤ III.2.2.1.3 : Bénéfice sur les plans matériel et technique

✓ **III.2.2.1.3.a) Locaux**

L'obtention de meilleurs locaux par l'installation en maison de santé apporte une protection supplémentaire vis-à-vis de l'épuisement professionnel pour plusieurs médecins (B et I) :

B « *Moins de stress, c'est évident. Pas moins de fatigue, on continue à travailler beaucoup. Mais on travaille dans une ambiance (en équipe) et dans des locaux intéressants. Ceci a amélioré le mode d'exercice.* »

I « *D'abord j'aurai un bureau plus grand, première chose !* »

✓ **III.2.2.1.3.b) Informatique**

La mise en commun des moyens, permettant l'accès ou l'amélioration de l'outil informatique, en est un autre élément clé (C, I et P) :

C « *C'est-à-dire que là aussi on a décidé de mettre en commun, rigoureusement en commun notre travail, nos traitements, nos réflexions et nos patients.* »

P « *des moyens mis en commun permettant un outil informatique* »

✓ **III.2.2.1.3.c) Dossier médical**

Amenant à obtenir un dossier médical plus pratique et efficient (D et P) :

P « *avoir un dossier à jour facile à utiliser, pouvoir faire une synthèse médicale* »

✓ **III.2.2.1.3.d) En résumé**

Les avantages apportés sur les plans matériel et technique, notamment grâce à des locaux intéressants, l'accès ou l'amélioration de l'outil informatique ou encore un dossier médical pratique et efficient, sont autant d'éléments présentés comme protecteurs du burnout au sein des maisons de santé.

➤ III.2.2.1.4 : Bénéfice concernant les patients et leur prise en charge

✓ **III.2.2.1.4.a) Changement de comportement des patients**

Le bénéfice apporté aux patients par l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle est également présenté comme un moyen de prévenir le burnout, notamment par un meilleur comportement des patients (C et P) :

P « avoir des patients qui sont contents de te voir et qui ne te râlent pas dessus car tu pars en vacances et que tes collègues doivent te suppléer »

✓ **III.2.2.1.4.b) Relation thérapeutique**

Ou encore par la possibilité d'établir une distance adaptée vis-à-vis du patient dans la relation thérapeutique, pour certains (A et P) :

P « Euh, oui, ça me permet de garder de l'empathie et de ne pas être en sympathie ou en antipathie. En étant plus maître et plus reposé psychiquement, tu gardes la bonne distance pour tes patients clairement »

✓ **III.2.2.1.4.c) Durée de consultation**

Pour certains, l'effet protecteur des maisons de santé provient d'une meilleure prise en charge, notamment par la possibilité d'allonger la durée de consultation (A, H, P et Q) :

A « et puis un troisième grand point, pouvoir adapter un petit peu aussi les horaires, dans le sens, si le nombre de professionnels le permet hein, je pense que là actuellement sur le secteur qu'on soit 4 ou 8 y a du boulot pour tout le monde, mais au moins pouvoir de temps en temps se laisser le temps de pouvoir faire des consultations un peu plus tranquille. Le top ce serait des consultations de 20 minutes hein. »

H « L'intérêt, c'est de se donner du temps en consultation. Il faut des consultations d'au moins 20 minutes. Il y en a qui prennent des consultations tous les quarts d'heure ; quand on est en retard et qu'il faut rattraper, c'est

insupportable. Ça, c'est épuisant. Il y en a qui adorent ça, qui ont peur de la salle d'attente vide. Moi, je n'ai jamais supporté. »

✓ **III.2.2.1.4.d) Qualité d'exercice**

Ou encore grâce à une qualité d'exercice améliorée (B, O et P) :

O « Disons qu'il y a des choses que l'on fait en commun, par exemple au niveau de la santé publique, il y a le groupe ASALEE. Il y a le truc sur les diabétiques. Il y a des choses sur la BPCO. Oui, c'est vrai il y des choses que j'aurais fait mais je me serais pas senti aussi impliqué. Pour ça oui.»

✓ **III.2.2.1.4.e) En résumé**

La maison de santé pluriprofessionnelle est présentée comme un mode d'exercice protecteur du burnout, en permettant d'améliorer le comportement des patients et la relation thérapeutique, en rétablissant une distance adaptée médecin/patient.

L'exercice y est perçu de qualité et la durée de consultation peut être allongée, permettant de s'approcher d'une durée idéale, pour certains, de 20 minutes.

➤ III.2.2.1.5 : Bénéfice personnel

Nombre de bénéfices sur le plan personnel sont mis en avant par les médecins interrogés comme étant protecteurs du burnout, grâce à l'exercice en maison de santé.

✓ **III.2.2.1.5.a) Temps personnel**

Le fait de pouvoir libérer du temps pour soi, pour ses loisirs, les vacances ou sa famille, est un des éléments les plus rapportés (A, E, I, K, L, O et P) :

E « *Ça permet de pouvoir prendre des vacances plus facilement. Ça donne une qualité de vie qu'on n'avait pas avant.* »

I « Z « *Et du coup attendez-vous ce regroupement comme un facteur de protection supplémentaire ?* » ; I « *Oui, exactement.* » ; Z « *Et par quels moyens ?* » ; I « *Bah en libérant du temps, en libérant plus de temps.* »

P « *d'avoir du temps en semaine et d'avoir des vacances pour en profiter, ça me permet d'être bien au travail quand j'y vais, d'être ravi d'y aller. Voilà.* »

Avec la nécessité de mettre des bornes (C) :

C « *Maintenant ? Je suis ici, je suis tranquille, je vais au cabinet, au bureau, je sors de mon bureau, je reviens ici je suis tranquille. C'est une merveille. Pour moi c'est une merveille. Pendant le travail, on fait ce qu'on peut et puis... mais y a des bornes à mettre, on les a mises et c'est mieux.* »

✓ **III.2.2.1.5.b) Problèmes personnels**

La maison de santé permet un recours facilité aux collègues en cas de problèmes personnels (G, H et N) :

N « *Le fait de pouvoir dire pour moi, je peux décommander mes rendez-vous, si je ne suis pas là pour telles ou telles raisons. J'hésite moins. Je ne vais pas hésiter à me faire opérer par exemple. Je ne vais pas retarder. Je ne vais pas avoir de scrupules. Je me suis arrêté une fois trois semaines pour un décollement de rétine en pleine période de grippe et je ruminais pour savoir quand je pourrai reprendre. On m'avait dit qu'il fallait que je m'arrête deux mois. Pas question. Là, je n'aurai pas cette sensation de culpabilité. Qui est peut-être inappropriée. Je pense que si.* »

✓ III.2.2.1.5.c) Psychologique

Le bénéfice obtenu vis-à-vis du burnout semble par ailleurs venir d'un bénéfice personnel sur le plan psychologique, notamment par un effet de stimulation personnelle (I) :

I « *Donc ça je pense que ce sera plus agréable, même si j'ai un peu aussi la peur de l'inconnu. Ça doit secouer un peu au début, mais après tout... ça peut m'aider à avancer.* »

Par la surveillance confraternelle permise par ces structures (F et I) :

F « *Peut être que le fait d'être en maison où il y a d'autres gens, peut être que les autres peuvent aussi t'alerter et te dire attention, enfin là dans ce sens là ça peut être une aide, si les gens se rendent compte que t'es dévastée, que tu vas pas bien, enfin ouais, mais c'est pas eux qui vont changer ta prise en charge et ta relation avec les patients. Donc je sais pas, ça peut être une alerte en tout cas.* »

Ou encore par la genèse d'une sorte de thérapie de groupe informelle (E, G, H et J) :

E « *je constate que quand il y a quelque chose qui nous mâche, on fait un petit groupe de parole. On va épancher son truc... Et je remarque qu'on y passe tous. Est-ce que ça aide ? Peut-être...* »

G « *La maison de santé, ça permet de relativiser tout ça. Parce que t'es plus tout seul. Si t'as loupé le coche avec ton patient. Ce qui a des conséquences dramatiques. Tu vas pleurer sur l'épaule de ton confrère le midi. « Je suis nul, je suis mauvais ! » Et les autres, ils se marrent et ils vont te raconter la dernière erreur qu'ils ont faite : « il y a deux ans j'ai fait pire que toi... ». Alors tu réfléchis, tu vois la situation au moment du choix : tu ne pouvais pas faire autrement. Il y a une discussion, une véritable thérapie de groupe.* »

J « *et puis y a juste, voilà j'ai eu une prise en charge qui est lourde et j'ai besoin qu'elle sorte en fait, qu'elle soit verbalisée. Donc ça ça peut être dans des temps plus informels mais n'empêche que quand le dynamisme est là... »*

✓ III.2.2.1.5.d) En résumé

L'exercice en maison de santé, en apportant des bénéfices personnels et une amélioration de la qualité de vie, amène à une protection vis-à-vis du burnout par :

- *Le fait de libérer du temps personnel, pour soi et sa famille, en facilitant la prise de congés ou par la possibilité d'établir plus clairement et aisément des limites à son travail.*
- *La possibilité de faire face à des problèmes personnels ou familiaux, par le biais d'un recours aux collègues facilité, afin de suppléer à ses obligations professionnelles.*
- *Un apport, sur le plan psychologique, d'une stimulation personnelle liée au dynamisme qui y règne, d'une surveillance confraternelle ou d'une véritable thérapie de groupe, permettant de faire face à certaines faiblesses ou interrogations personnelles.*

○ **III.2.2.2 Indépendamment du mode d'exercice**

Certains médecins ont spontanément, au cours des entretiens, mis l'accent sur certains facteurs qu'ils perçoivent comme protecteurs de l'épuisement professionnel, ne les rattachant pas à un mode d'exercice en particulier.

➤ **III.2.2.2.1 : L'indépendance**

L'indépendance procurée par le caractère libéral du métier de médecin généraliste, est perçue comme un facteur protecteur (G) :

G « *Quand on est médecin généraliste en France : d'abord t'as pas de patron* »

➤ **III.2.2.2.2 : La régulation médicale**

L'apparition de la régulation médicale est l'un des facteurs ayant permis une protection vis-à-vis du burnout pour certains (C) :

C « *Donc on a modifié notre attitude et puis le bouleversement de ma vie, y a de grandes époques comme ça dans la vie, dans l'espèce y a eu l'arrivée de la pilule et dans ma vie y a eu l'arrivée de la régulation. Avec F.G. on en dormait plus ! Pendant une semaine on en dormait pas, on se disait «oh tu te rends compte, on a mis un répondeur ce soir, ça va sur des mecs on sait pas c'est qui, les gens ils vont aller où ? » on en était malades, mais malades grave ! Vraiment, c'était contre nature. On avait fait 25 ans de nuit, les gens nous appelaient en pleine nuit, ils appelaient à dix heures le soir pour demander un rendez-vous pour le lendemain, faut pas s'inquiéter, tout était possible, on avait le droit à tout, « Docteur je ne dors plus ». »*

➤ **III.2.2.2.3 : Le secrétariat**

Le fait de bénéficier d'un secrétariat pour se décharger et mettre des limites à sa pratique (M et Q) :

Q « *j'ai augmenté mon secrétariat, j'ai pris deux secrétaires à temps plein, donc qui me couvrent de 8h du matin à 8h du soir, c'est un luxe hein ,mais ça permet de mettre des bornes, de gérer un certain nombre de choses, parce que je suis informatisé, tout est rentré dedans, je ne rentre rien moi, enfin je ne rentre rien, si ma consult', mes ordonnances, mais tous les autres documents je ne rentre rien, tout ce qui est gérable par quelqu'un d'autre est délégué. »*

➤ III.2.2.2.4 : Les vacances

Le fait de prendre suffisamment de vacances (A et Q) :

Q « *Et puis je m'arrête tous les deux-trois mois avec ma remplaçante. Et en plus maintenant elle m'a donné la priorité donc je donne mes dates (clac, clac, clac) et voilà. Enfin c'est la manière que j'ai trouvé de survivre ! (rires) »*

➤ III.2.2.2.5 : La famille

Enfin, sa propre famille permet, pour d'autres, de se prémunir du burnout (C) :

C « *et en plus ma femme m'avait engueulé en me disant « tu ne me feras plus jamais ça ! », « oui. Si tu veux »... faut garder l'humour hein ! »*

➤ III.2.2.2.6 : L'adulation des patients

Contrairement à ce qui a été dit plus haut, pour certains, l'adulation des patients vis-à-vis du métier de médecin généraliste est un facteur protecteur (G) :

G « *Le quatrième élément, qui est très important, c'est que tu as 80% de tes patients qui t'adorent, qui t'adulent : « Bonjour, Docteur ! Vous allez bien ? Vous prenez soin de vous docteur ? » Si tu as fait des études d'informatique ou que tu es plombier et que tu arrives chez les clients, ce n'est pas comme ça que tu es reçu. Avec tout ça, tu te dis : j'ai bien fait de choisir ce métier, je suis heureux. Quand on me dit qu'il y a plein de gens qui sont en burnout, ce n'est pas normal. »*

➤ III.2.2.2.7 : En résumé

Indépendamment du mode d'exercice, plusieurs facteurs sont mis en avant par les médecins interrogés comme des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel :

- ***L'indépendance à travers le caractère libéral de la profession***
- ***La régulation médicale et le confort qu'elle apporte***
- ***La présence d'un secrétariat physique***
- ***Le fait de prendre suffisamment de vacances***
- ***La relation avec sa propre famille et les limites qu'elle apporte à notre travail***
- ***La reconnaissance, voire l'adulation des patients***

- **III.2.3 Majoration du risque d'épuisement professionnel**
 - o **III.2.3.1 En maison de santé pluriprofessionnelle**

Certains médecins voient par contre la maison de santé pluriprofessionnelle comme un facteur de risque ou de potentialisation de l'épuisement professionnel au travers de différentes notions.

➤ **III.2.3.1.1 : Difficultés d'ordre professionnel**

✓ **III.2.3.1.1.a) Horaires**

Contrairement à ce que nous avons vu plus haut, certains médecins voient la modification de leurs horaires, provoquée par l'exercice en maison de santé, ou encore l'absence de modification, comme un facteur de risque de développer un burnout (D, K, M et O) :

M « *Et ici parfois, par la sollicitation, car on est de moins en moins nombreux. Cette saison ça va. Mais l'hiver quand on fait 8h le matin, 20h30 le soir non-stop avec à peine une heure pour manger, c'est un peu chaud.* »

O « *J'espérais avoir plus de temps libre et aller plus vite mais ce n'est pas le cas. Est-ce que c'est ma situation de burnout sous-jacent qui a généré ça ? C'est fort possible. Les années passent, je m'en rends compte. J'étais plus tonique, j'allais beaucoup plus vite il y a quelques années que maintenant.* »

✓ **III.2.3.1.1.b) Charge de travail**

Tout comme la charge de travail, parfois perçue comme augmentée ou inchangée (L, M et O) :

L « *Qui est lié à une surcharge de travail importante parce que, [...] quand on fait beaucoup d'activités par ailleurs, des activités de recherche, des activités à l'extérieur, à l'international, et en même temps une clientèle à assumer, à un moment donné ça fait beaucoup de choses, sans compter la vie familiale, une vie personnelle. C'est plus cette organisation-là qui fait qu'il peut y avoir des moments de fragilité et qu'il faut être attentif.* »

✓ III.2.3.1.1.c) Défaut de formation

Un manque de formation concernant la gestion de ces structures est mis en avant pour expliquer le risque de développer un burnout au sein de ces structures (H) :

H « *Il faut aussi gérer un cabinet médical comme une entreprise avec ici une comptabilité très particulière. Tout ça c'est pénible. On nous fait faire un travail pour lequel on n'était pas forcément formé.* »

✓ III.2.3.1.1.d) Lourdeur administrative

La lourdeur administrative au sein des maisons de santé est l'un des facteurs avancés comme pourvoyeur d'épuisement professionnel (D, H, K et O) :

D « *On aimerait être libérés de certaines tâches administratives ou de certaines contraintes et malheureusement c'est pas le cas hein. Donc ça contribue à peser.* »

H « *on est débordé par le travail administratif. Et c'est très insupportable. Voir des patients : on y arrive. Mais c'est le travail administratif, tous les papiers de la sécu, les ordonnances mal écrites, les papiers à refaire. Le burnout vient peut-être plutôt de là.* »

➤ III.2.3.1.2 : Contraintes financières

✓ III.2.3.1.2.a) Coût du projet

Le coût du projet est redouté, tout comme certains frais de fonctionnement engendrés (A et O) :

A « *ce qui va peut être changer ou poser des soucis en dehors du montage des structures juridiques mais qui sont déjà établies, c'est surtout le coût du projet.* »

O « *Là, on a fait d'énormes erreurs. Je ne vais pas vous en parler. Mais on va les payer, financièrement, cher. Pour une petite structure, je ne sais pas.* »

✓ III.2.3.1.2.b) Relation à l'argent

Pour certains médecins, la maison de santé n'apporte pas de bénéfice concernant la relation à l'argent, qu'ils considèrent comme trop importante dans leur exercice (C et D) :

C « Tandis que si on vous laisse seul, vous allez vous retrouver à faire des remplacements à aller récupérer du pognon directement de la poche du patient à votre poche, et cette relation elle va être de plus en plus étroite et vous allez travailler comme ça et c'est pas bien. Le pognon ? On va pas dire que le pognon gâche tout mais c'est quand même un des vecteurs, c'est quand même cette relation avec notre vie quoi merde, on n'est pas obligé de gagner plein de sous mais on est obligé quand même d'en vivre. »

Notamment à cause de la persistance du paiement à l'acte (D) :

D « sans la contrainte, en tout cas, en partie, de la rémunération à l'acte, qui à mon avis est au cœur sans doute de la problématique. Autant les médecins libéraux ont l'impression d'être libres entre guillemets parce qu'ils sont rémunérés à l'acte et qu'ils peuvent travailler un petit peu en fonction, autant je pense que c'est un piège et à mon avis le cœur même du stress et des situations de décompensations, sont liés justement à cette vision un petit peu erronée sans doute de la liberté. »

➤ III.2.3.1.3 : Difficultés liées au travail en équipe

✓ III.2.3.1.3.a) Vie en communauté

Selon certains médecins, le travail en équipe demande des efforts et apporte des désagréments inhérents à la vie en communauté, qui représentent alors un risque d'épuisement professionnel (C, E et F) :

C « Il est beaucoup plus simple de s'ignorer et de faire travailler sa paranoïa personnelle, ça c'est bien plus simple, c'est bien plus simple. Travailler collectivement c'est difficile, ça demande des efforts... »

E « Le fait de travailler en groupe, je ne pense pas que ça protège vraiment. Le fait de travailler en groupe, ça peut rajouter des tensions, en rajouter une couche. Ce n'est pas simple de vivre à plusieurs sur un même espace.

Chacun à ses petites habitudes. Je ne pense pas que ça protège du burnout. Je ne sais pas. »

F « je le souhaite, tu vois que ce soit plus confortable... dans les faits, j'en suis pas certaine en fait. Ce que je te disais tout à l'heure, est-ce qu'au final y a pas plus de contraintes à être avec plein d'autres gens, je sais pas, je sais pas... »

✓ **III.2.3.1.3.b) Attitudes de chacun**

Les personnalités et les humeurs des différents acteurs d'une maison de santé sont également autant d'éléments pouvant interférer sur le risque de développer un burnout (C, D et E) :

C « J'ai 27 ans de travail collectif (rires) ! 27 ans c'est pas facile, et ça se remet en cause et même récemment c'est difficile, on a fini par péter les plombs, là ça commence à bien faire ! Les uns avaient oublié les autres... et ça c'est comme ça. Donc ça c'est un travail tout le temps. Il est beaucoup plus facile d'être de mauvaise humeur que d'être gai tous les matins, ça c'est sûr aussi...facilités, difficultés... voilà... »

E « Chacun à ses petites habitudes. Je ne pense pas que ça protège du burnout. Je ne sais pas. »

✓ **III.2.3.1.3.c) Coopération interprofessionnelle**

Certains médecins redoutent les difficultés que peut occasionner la coopération entre différents professionnels de santé au sein d'une maison de santé, concernant la gestion des différents acteurs (A et C) :

A « Les difficultés qu'on va avoir c'est des difficultés nouvelles de gestion (euh), gestion d'une structure beaucoup plus grosse, gestion de disciplines différentes pour lesquelles on n'est pas trop formés »

Ou encore plus précisément concernant la délégation des tâches (C) :

C « c'est comme la délégation de tâches, parce que c'est l'idée aussi de faire de la délégation de tâches, bah il faut vraiment aussi pour le coup que tu sois vraiment sur la même longueur d'onde, faut que ça corresponde à ce que tu veux vraiment faire passer comme message quoi, et que tu réussisses à déléguer, et à pas vouloir tout maîtriser ! Donc c'est compliqué ! Donc finalement j'avais peut être faire un burnout parce que je serai dans une maison où on m'obligera à ne pas faire des trucs ! »

➤ III.2.3.1.4 : Difficultés liées à la structure

✓ **III.2.3.1.4.a) Montage de la structure**

Le montage des structures importantes, que sont les maisons de santé pluriprofessionnelles, est appréhendé par certains médecins, avec le risque d'être lui-même source d'un épuisement professionnel (A) :

A « Même si je pense qu'au début on va courir un petit peu, et que jusqu'à ce que ce soit fait, bah oui d'un côté pratique, pour l'instant c'est moi qui gère le truc, donc une fois que ce sera fait, et bien ça fera cette préoccupation en moins »

✓ **III.2.3.1.4.b) Taille de la structure**

La taille de la maison de santé est l'un des facteurs rapportés comme reliés au risque de développer un épuisement professionnel, plus la structure étant importante, plus le risque étant grand (H, I et O) :

H « Il y a un moment où ça peut devenir un peu pénible. Car là, on est une bonne taille. Si ça devient trop gros, ça va devenir une usine. C'est plus ce problème qui risque d'arriver. »

I « Bah moi, les gros machins ça me plaît pas. Si c'est pour créer des cliniques privées, j crois que le patient s'y retrouvera pas forcément. C'est mon opinion ceci-dit hein. Mais je crois à l'humain, aux relations humaines. Il faut que ça ait une taille humaine. »

✓ III.2.3.1.4.c) Problèmes matériels

Les problèmes matériels au sein des maisons de santé sont, pour certains des médecins interrogés, potentiellement des facteurs de risque d'épuisement professionnels (L et O) :

O « On a beaucoup de problèmes au niveau téléphonie, administratifs. C'est tous ces problèmes-là qui nous pourrissent la vie. Qui ne sont pas médicaux, mais à un moment donné, ça resurgit sur un problème médical et ça nous pourrit la vie. Je supporte mal mais je ne suis pas le seul. »

Et plus particulièrement concernant le matériel informatique (J et O) :

O « Si c'était à refaire, je ne serais peut-être pas venu. C'est dingue comme on est dépendant d'un matériel, ou alors il aurait fallu que je garde mon matériel. Par exemple, si vous voulez, je roulais avec une grosse Audi et du jour au lendemain vous roulez avec une Lada. Moi c'est l'impression que j'ai au niveau informatique. C'est triste à dire et au niveau logiciel. Il faut bien étudier ça. »

➤ III.2.3.1.5 : En résumé

Difficultés professionnelles

Pour certains médecins, l'exercice en maison de santé n'apporte pas de bénéfice ou d'amélioration concernant certains éléments, liés à leur exercice professionnel, reconnus par eux-mêmes comme facteurs de risque de burnout.

Les horaires sont aussi difficiles voire pires à assumer

La charge de travail est inchangée ou augmentée pour certains

D'autres pointent du doigt un manque d'amélioration concernant la lourdeur des charges administratives, à laquelle s'ajoute un défaut de formation à la gestion de ce type de structures.

Difficultés financières

Le coût du projet immobilier ou l'importance des frais de fonctionnement, inhérents aux maisons de santé pluriprofessionnelles, sont pointés du doigt. La relation à l'argent y semble encore trop importante, notamment du fait de la persistance, à part trop importante, du paiement à l'acte, auquel seraient préférés les nouveaux modes de rémunération.

Travail en équipe

Les maisons de santé peuvent être source d'épuisement professionnel en rapport avec les efforts nécessaires au travail en communauté et les désagréments qu'il peut apporter. Ainsi, les différentes attitudes, humeurs ou personnalités de chacun peuvent, selon certains médecins, compliquer les rapports entre professionnels. D'un autre côté, la coopération interprofessionnelle en elle-même peut être source de difficultés, concernant sa gestion ou encore la peur de déléguer.

Structure

La structure immobilière en elle-même peut être source d'épuisement professionnel notamment par les difficultés liées au montage d'une telle structure, sa taille, avec la peur d'un effet déshumanisant des grosses structures, ou les problèmes matériels, surtout d'ordre informatique, qui y sont liés.

○ **III.2.3.2 Liée à l'exercice isolé**

L'exercice isolé, en cabinet seul, est spontanément pointé du doigt, par plusieurs médecins interrogés, comme un facteur de risque de burnout (B, C, H, M et O) :

B « *Oui, il est évident que, quand on travaille seul, quand on commence à vieillir dans nos coins reculés de campagne, où il y a quand même du boulot, il y a un moment où l'on voit les choses d'une manière sombre.* »

C « *J'ai vécu l'enfer pendant 7 ans tout seul. Dans une époque où les médecins étaient là 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, d'accord ? Donc de là ça commençait à faire une certaine surchauffe.* »

H « *Les difficultés en exerçant seul, c'était d'être prisonnier.* »

➤ **III.2.3.2.1 : Absence de secrétariat**

L'absence de secrétariat en est l'un des déterminants (M) :

M « *Les raisons quand j'exerçais toute seule, c'était le téléphone car à 6 heures le soir j'étais incapable de faire des consultations supplémentaires. Quand vous faites une consultation et que vous êtes dérangé : le téléphone sonne 7, 8, 9 fois pendant une consultation.* »

➤ **III.2.3.2.2 : Surcharge de travail**

Ou encore la surcharge de travail (L et O) :

O « *Je travaillais trop. Je travaillais beaucoup trop. Et je m'impliquais trop.* »

➤ **III.2.3.2.3 : En résumé**

L'exercice isolé, en cabinet seul, est présenté comme un facteur de risque d'épuisement professionnel, notamment du fait d'une surcharge de travail, et d'autant plus en l'absence de secrétariat.

○ **III.2.3.3 Liée à la profession**

Pour certains médecins, l'exposition à l'épuisement professionnel n'est pas forcément liée au mode d'exercice, mais à la profession de médecin généraliste elle-même et certains de ses déterminants (B, C, D, F, G, I, M et O) :

D « *c'est une réalité (euh) de notre métier. [...] mais (euh) tous les problèmes inhérents à notre profession contribuent à cet état de stress quasi permanent.* »

➤ **III.2.3.3.1 : Propre à une époque**

Parmi eux, certains attribuent une exposition plus importante à l'épuisement professionnel en rapport avec une époque déterminée (C) :

C « *Non le burnout ça faisait partie de la médecine de l'époque. Le coup de fourche dans le ventre, qui avait été arrêté heureusement par un blouson en cuir, ce qui n'avait fait que des égratignures, les bagarres dans les bals le samedi soir, c'était vachement bien, les coups de poings avec le malade aussi ... ah oui y avait quand même une période amusante...* »

➤ **III.2.3.3.2 : Gestion personnelle de son métier**

✓ **III.2.3.3.2.a) Hyperinvestissement**

L'hyperinvestissement, envers son travail ou les patients eux-mêmes, est avancé comme un facteur de risque (F, I et O) :

F « *je suis assez vigilante et assez maternelle, donc tu vois j'ai envie de les cocooner, j'veux pas qu'il leur arrive un truc mais en même temps c'est pas moi qui leur donne les maladies, donc c'est complètement con, mais... Donc voilà, plus ou moins investi, c'est pas la structure qui changera ma personnalité, donc je suis pas sûre d'éviter le burnout malgré la structure (rires).* »

I « *je suis proche de mes patients, très investi, trop investi peut être, j'ai envie de dire... j'ai vu un terme y a pas longtemps, presque vampirisé par... donc j'pense pas que ça m'apportera...* »

O « *Moi je suis resté distant, mais à chaque fois que je me suis un peu rapproché, c'est toujours un problème. C'est un conseil. »*

✓ **III.2.3.3.2.b) Peur de l'erreur**

La peur de faire une erreur est un autre facteur mis en avant (B) :

B « Z « *Les raisons d'avoir été victime du burnout, c'était de travailler seul en campagne ?* » ; B « *Oui. Quand j'étais plus jeune, cela m'arrivait de finir à 22h, 22h30 le soir. C'était pénible. On est tout seul. Il y a toujours l'angoisse de faire une connerie.* » »

➤ III.2.3.3.3 : Rapports aux tiers

✓ **III.2.3.3.3.a) Mauvaise image**

Une mauvaise image de la médecine générale au sein de la société est, pour certains, à l'origine de l'épuisement professionnel (G) :

G « *Il y a une image de la médecine générale renvoyée par l'Université, la société qui est une image relativement négative. Ils s'enferment dans une espèce de misérabilisme à toujours demander plus. [...] L'idée que les soins primaires étaient l'élément essentiel de la bonne santé d'une population... Et donc il y a cette espèce de misère professionnelle qui finit par un burnout, quand tu soignes les patients tout seul isolé.* »

✓ **III.2.3.3.3.b) Patients**

Pour d'autres, le changement de mentalité ou de comportement des patients en est l'une des explications (D, M et O) :

D « *on sent effectivement qu'on a une plus grande pression de la société et que naturellement il faut être attentif à ça et ça contraint encore plus, ça crée une pression plus importante, on sent qu'on a des contraintes en terme de moyens, qui doivent être mis en œuvre d'une manière plus importante qu'il y a 10 ans ou 20 ans, et donc ça crée encore un poids supplémentaire en terme de stress.* »

M « *Et puis surtout, la demande des gens qui sont de plus en plus exigeants, qui refusent d'attendre, qui veulent être guéris avant d'être soignés.* »

➤ III.2.3.3.4 : Couverture sociale

Enfin, une couverture sociale insuffisante pour les médecins généralistes, est à l'origine, pour certains, d'un risque d'épuisement professionnel (D) :

D « *il y a autre chose dans le stress, ça j'en ai pas parlé, c'est les problèmes en cas de maladie, d'invalidité, ou d'accident. Et ça c'est un gros problème hein, même si on a des revenus importants, du jour au lendemain, t'es pas mort, mais ça devient tout de suite plus difficile, même quand tu as des assurances. La perte d'activité brutale, qu'on a en tête tous, à partir d'un certain âge, pas quand on est gamin, mais quand on commence à être un vieux con, bah on a ça en tête. Toi en attendant t'as les charges qui tombent, quand t'es salarié, que t'es malade, bah t'es en arrêt maladie...* »

➤ III.2.3.3.5 : En résumé

Pour certains, quelques caractéristiques de la profession de médecin généraliste en elle-même sont liées à un risque de développer un burnout, en lien surtout avec certaines époques.

Une certaine responsabilité personnelle est mise en avant concernant la gestion de son propre métier, plus particulièrement du fait d'un hyperinvestissement envers le travail ou d'une relation trop fusionnelle avec les patients, ou encore de la peur de faire une erreur.

Une mauvaise image du métier de médecin généraliste au sein de la société et un changement de mentalité ou de comportement des patients en font partie pour certains.

Enfin, une couverture sociale insuffisante est pointée du doigt.

IV-Discussion

❖ **IV.1 Discussion de la méthode**

- **IV.1.1 Points forts de l'étude**

○ **IV.1.1.1 Choix du qualitatif**

L'utilisation de la méthode qualitative semblait la plus adaptée à la réalisation de cette étude, en raison des nombreuses possibilités qu'elle ouvre de verbaliser les ressentis et les expériences personnelles des différents médecins interrogés. L'étude qualitative permet d'étudier le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une structure influencent le phénomène étudié (128). La mise en évidence des déterminants de la relation entre l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle et l'exposition au risque d'épuisement professionnel relevait donc plus d'une approche qualitative que quantitative.

○ **IV.1.1.2 Recueil de données**

Le choix d'une méthode de recueil des données selon le principe des entretiens semi-directifs a été préféré à l'observation directe ou aux focus groupes. L'observation directe n'était pas adaptée à la question de recherche et, concernant les focus groupes, il existe souvent en comité des réticences à parler de sujets personnels, surtout s'ils peuvent porter préjudice. Les entretiens semi-structurés nous ont donc semblé plus pertinents : ils favorisent l'échange, l'évocation des représentations des médecins et permettent d'aborder des sujets délicats et intimes, en garantissant l'anonymat des confidences. « C'est la méthode privilégiée pour explorer les faits dont la parole est le vecteur principal. Elle est particulièrement pertinente si l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques [...] mettre en évidence les systèmes de valeurs [...] à partir desquels ils s'orientent et se déterminent » (128).

Pour la réalisation de ces entretiens, nous avons respecté avec rigueur les références méthodologiques pour les méthodes de recrutement et de constitution du corpus (128, 137), ainsi que pour les critères d'inclusion, basés par ailleurs sur la question de recherche et les différents éléments de notre bibliographie. Cela nous a permis de constituer un échantillon diversifié pour l'ensemble des critères retenus, avec pour seul bémol l'inclusion d'un seul médecin exerçant en milieu urbain, les maisons de santé pluriprofessionnelles urbaines étant pour le moment peu répandues. Toutefois, l'on peut avancer la notion qu'un seul médecin répondant à un

critère de diversité non retrouvé chez les autres interrogés permet de répondre à la condition de diversité du panel (128).

Les résultats, concernant l'évaluation du niveau d'épuisement professionnel des médecins de l'échantillon, viennent conforter les critères de diversité du panel et donc par la même occasion la qualité des propos recueillis, puisque les médecins interrogés étaient atteints de façon hétérogène par le burnout.

La plupart des médecins sollicités ont accepté l'entretien. Les seuls refus observés venaient d'un manque de disponibilité de leur part.

L'utilisation d'un guide d'entretien a permis de garder une trame commune à tous les entretiens, sans omettre les sujets importants à aborder (129).

La pré-rédaction du texte introductif à l'entretien (cf. Annexe 1) permettait une présentation claire du sujet, de la méthodologie employée et surtout du cadre éthique, amenant une clarté nécessaire à la confiance et donc à l'acceptation et à la qualité des entretiens (128, 129).

La construction de la trame d'entretien s'est basée sur certaines références méthodologiques (129, 136), l'expérience d'études antérieures de méthodologie similaire (41, 58, 140), les données bibliographiques et les différents points de vue, sur leur sujet respectif, de chacun des deux chercheurs et de leurs directeurs de thèse. La partie concernant le burnout et l'évaluation proposée en fin d'entretien étaient basées sur le MBI de Maslach (8), questionnaire reconnu et validé pour l'évaluation de l'épuisement professionnel, ainsi que l'ensemble des recherches effectuées sur le sujet et présentées dans la partie « *Contexte* ».

Le premier entretien, pour chacun des deux chercheurs, a permis d'affiner à la fois le contenu de la trame et la technique employée (en analysant la façon dont les interviewés répondaient et la qualité des interventions des chercheurs). Ces entretiens ont été inclus dans les résultats, puisque peu de modifications ont été nécessaires et que les profils des interrogés correspondaient aux critères d'inclusion.

Nous avons fait en sorte de respecter avec rigueur les règles de l'entretien semi-dirigé, à savoir qu'une fois la présentation de l'objectif de l'entretien précisée et la question initiale posée, nous avons laissé l'informateur s'exprimer librement et n'avons utilisé les relances et les questions que dans le but de recentrer le propos autour des rubriques que nous avons définies au préalable dans la trame

d'entretien. La démarche d'écoute empathique et flexible (129) a été facilitée par la qualité de médecin des enquêteurs. L'autocritique systématique et mutuelle entre les deux chercheurs permettait d'accroître notre vigilance pour ne pas reproduire les erreurs commises.

Les données furent enregistrées numériquement, permettant de capter la parole de l'interviewé dans son intégralité et toutes ses dimensions (129), limitant l'interprétation prématurée des données. Les entretiens étaient réalisés en lieu calme, choisis par les médecins, pour une bonne qualité des enregistrements, d'une part, et afin de faciliter la parole d'autre part.

Après l'entretien, les principales caractéristiques démographiques de l'interviewé étaient reportées dans un tableau *Excel*. Cela a permis de s'y référer au cours de l'analyse pour vérifier le contexte des données et l'évolution, sur le plan de la diversité, du panel. Le tableau des caractéristiques de l'ensemble des médecins figure en annexe de cette thèse (Annexe 2).

Les informations modifiées par nécessité d'anonymat concernaient les lieux et les personnes (129, 136). La demande de validation de la retranscription de leur entretien, faite auprès de chaque médecin interrogé, a permis de valider cette démarche. Aucune modification n'a été demandée par les médecins après relecture des verbatims confirmant notre rigueur dans la retranscription et la qualité de l'anonymisation.

○ **IV.1.1.3 Analyse des données**

Nous avons choisi d'étudier les données par une analyse thématique car c'est la plus abordable pour une première expérience de recherche en sciences humaines et sociales (128, 137). L'analyse recherche une cohérence thématique inter-entretiens et l'apport de nouvelles données au fil de l'enquête. Si elle est d'abord descriptive, sa finalité est de poser des diagnostics sociaux et de donner lieu à l'élaboration de typologies (129).

Le codage descriptif a été débuté en cours de recueil des données. Les thèmes initiaux étaient d'inférence faible pour éviter toute interprétation prématurée des données. Nous avons suivi une démarche de thématisation continue plutôt que

séquencée dans le but d'une analyse plus fine et plus riche du corpus, pour ne pas omettre de thèmes et pouvoir rendre compte de la quasi-totalité du corpus (129).

L'utilisation du logiciel d'analyse qualitative de référence *NVivo* (135), dans sa version 10, a permis un maniement fluide, sans perte de données compte-tenu de l'importance du corpus à analyser, pour le codage axial, l'organisation des données, la construction de l'arbre thématique et la sélection des extraits pertinents.

L'analyse a été menée de manière parallèle et croisée par notre binôme de chercheurs, selon le principe de la triangulation des données par codage multiple (128). Chacun des chercheurs a effectué le codage décrit auparavant, avec mise en commun conjointe des résultats du codage, afin d'aboutir à un consensus. Ceci a permis de développer graduellement une analyse qualitative et d'aboutir à une analyse complète et stabilisée sur un ensemble de dix-sept entretiens. La confrontation de différents analystes permet ainsi, notamment, de développer la réflexivité, de diminuer la subjectivité en discutant des divergences et de découvrir d'autres thèmes (128). L'organisation des résultats s'est ensuite faite de manière inductive, suite à la construction de l'arbre thématique, à partir des données (138).

La décision d'interrompre le recueil des données s'est appuyée sur le principe de saturation des données, défini comme « *le terme à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation n'émerge plus au cours de l'analyse* » (128, 141). Ce terme doit être identifié par un nombre d'entretiens suffisant et acceptable en rapport avec la complexité et la richesse de l'objet de l'étude (141). Il nous paraissait raisonnable de fixer ce nombre à trois entretiens. Nous n'avons ainsi pas trouvé de donnée réellement nouvelle sur les trois derniers entretiens, déterminant le nombre d'entretiens inclus dans notre étude à dix-sept.

- **IV.1.2 Validité interne / externe**

En résumé, il est possible de mettre en avant la façon dont nous avons respecté les critères de validité interne et externe au cours de cette étude, critères nécessaires à la qualité d'un travail de type qualitatif (128, 135, 141). Le plus important est la rigueur à tous les niveaux : de la méthode, à la présentation des résultats, en passant par l'analyse complexe des verbatims.

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies sont effectivement fidèles à la réalité ou crédibles, c'est-à-dire déterminer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer (141).

Nous avons, au cours de ce travail, observé ces différents moyens d'y parvenir :

- Accès à l'objet directement dans son milieu naturel du fait d'un travail qualitatif
- Réévaluation des observations par retour, ou feed-back, des sujets interrogés
- Evaluation de l'impact de sa propre présence, en adoptant une position la plus neutre et la plus ouverte possible et en critiquant, de façon mutuelle et personnelle nos interventions
- Triangulation des sources et des données par la multiplication des entretiens et la collaboration de deux chercheurs
- Validité référentielle, permettant une confrontation de son interprétation aux références, avec des premières hypothèses basées sur un travail bibliographique solide et l'accès à des théories reconnues et bien définies

La validité externe recherche la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets ou contextes (141).

Nous avons, au cours de ce travail, observé ces différents moyens d'y parvenir :

- Echantillon représentatif de la problématique, avec une diversité suffisante de la population étudiée, ainsi qu'une description la plus exacte possible du panel et du mode de recrutement
- Notion de saturation, ou de complétude, des données, par laquelle les techniques de recueil et d'analyse des données ne fournissent plus aucun élément nouveau à la recherche, déterminée par un terme de niveau acceptable selon la richesse et la complexité du sujet

- **IV.1.3 Limites de l'étude**

Notre travail présente toutefois quelques limites et biais inhérents à notre méthodologie ou à certaines omissions et erreurs. Il est essentiel de les relever car cette démarche constitue, à juste titre, l'un des critères de qualité et de validité d'un travail qualitatif (141).

o **IV.1.2.1 Constitution de l'échantillon**

Du fait de notre méthode de recrutement, il est très probable que nous ayons été exposés à différents biais de sélection.

En effet, nous avons sélectionné involontairement les médecins les plus désireux de faire partager leur expérience et donc, peut-être, les plus engagés sur le sujet (129). On peut penser cependant, à la vue des résultats, que cet effet est limité, puisque l'envie d'aborder ce sujet pouvait autant se manifester pour des médecins satisfaits que pour des médecins mécontents de l'exercice en maison de santé. Cela a également pu l'être concernant l'exposition et la sensibilisation au burnout, différente selon les médecins interrogés.

Par ailleurs, nous avons recruté certains médecins connus personnellement. Cela peut avoir eu une influence sur leur motivation à participer, ou encore amener à une limitation des réponses, à certains mécanismes de défense, par la crainte d'un jugement subjectif. Au contraire, cela peut avoir favorisé les confidences, avec ainsi un risque de défaut de spontanéité, ou biais d'induction (*biais qui apparaît lorsque les réponses de l'enquêté ne sont pas faites en fonction de sa conviction mais plutôt influencées par l'enquêteur, soit que l'enquêté connaisse l'enquêteur, soit qu'il cherche à lui donner la réponse que l'enquêteur souhaite entendre* (129)). Ces éventualités ont été limitées en partie par le recrutement par ailleurs de personnes inconnues, par le travail effectué sur notre démarche personnelle, en tant qu'enquêteur, avec une position la plus neutre et empathique possible, avec le moins d'intervention possible, et le rappel de notre démarche, avec la condition d'anonymisation, en préalable aux entretiens. La solution idéale aurait été de réaliser

de la même façon le recrutement, mais de demander à l'autre chercheur de réaliser les entretiens des personnes connues personnellement par le chercheur recrutant, solution permise par le travail en collaboration que nous avons mené.

En parallèle, le recrutement par une méthode de proche en proche peut avoir donné lieu à un biais de censure vis-à-vis du médecin entremetteur (129), dont l'importance était toutefois limitée par les conditions de confidentialité et d'anonymisation des propos recueillis.

Enfin, le recrutement d'un médecin travaillant au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle en milieu urbain, aurait été un critère de qualité supplémentaire dans la diversité de notre échantillon.

○ **IV.1.2.2 Entretiens**

Les entretiens ont tous été enregistrés sur support audio numérique, afin de permettre une analyse au plus près du discours. Chez certains médecins interrogés, nous avons constaté une propension à vouloir exprimer certaines idées, ou certains ressentis, seulement une fois l'entretien terminé, et l'enregistreur éteint. Il faudrait probablement poursuivre les entretiens plusieurs heures pour permettre à l'interviewé d'oublier totalement la présence de l'enregistreur.

La question d'entretiens filmés, afin d'analyser les attitudes non verbales, s'est posée. Au cours de nos entretiens, la fin de certaines phrases était parfois éludée, laissée en suspension et soulignée par un geste, ou encore une attitude permettait de mieux comprendre ou de nuancer les propos. Cependant, l'analyse d'une vidéo est nettement plus complexe, longue, et nécessite des connaissances approfondies en socio-psychologie. Étant donné l'absence de compétences particulières des enquêteurs dans ce domaine, il a donc été décidé de se contenter d'un enregistrement audio, avec retranscription aussi intégrale et précise que possible par écrit, au sein des verbatims, des éléments non verbaux relevés par l'interviewer au cours de l'entretien.

Concernant le lieu d'entretien, la plupart ont eu lieu au cabinet du médecin interrogé (70.59 %), bien que nous recommandions un lieu neutre et calme au moment du recrutement. Cela étant, on peut penser qu'il existait ainsi un relatif manque de détachement par rapport au travail, un manque de recul dans le contenu des réponses et dans leurs attitudes, des médecins interrogés.

Par ailleurs, le fait d'interroger les personnes sur leur lieu actuel de travail a entraîné, dans un nombre toutefois modéré d'entretiens, des interruptions nécessaires au bon fonctionnement du cabinet. Ces interruptions ont pu être préjudiciables au bon déroulement des entretiens et conduire à des perturbations dans le déroulé.

Enfin, l'un des entretiens a été réalisé par visioconférence, l'éloignement géographique entre chercheurs et médecin interrogé étant important, et par simple préférence du médecin lui-même. Ce type de rencontre a été rendu nécessaire afin d'inclure ce médecin, ayant un profil recherché pour la diversité de notre échantillon, mais a pu interférer sur la qualité de l'échange.

Des biais de sélection des informations et de perception des enquêtés sont inhérents à notre type d'étude (129). Le fait de parler de difficultés personnelles, de leur contexte de travail quotidien et de notions touchant leur affect pouvait amener certains médecins à se sentir gênés, à mettre en place des mécanismes de défense et à pondérer le contenu de leurs propos. Nous rappelions en début d'entretien, afin d'atténuer ce biais, que nous opérons cet entretien dans une position neutre et que l'ensemble du contenu enregistré était secondairement anonymisé.

Par ailleurs, nous avons pris le parti de présenter aux médecins recrutés, dès la demande de participation à l'étude qui leur était faite, l'ensemble des deux thèmes motivant ce travail : les maisons de santé pluriprofessionnelles et l'épuisement professionnel. On peut imaginer que certains médecins ont pu ainsi se préparer à évoquer d'une certaine façon, ou de ne pas du tout évoquer, certains ressentis vis-à-vis du burnout, amenant à une possible perte d'informations. L'un des médecins interrogés nous a ainsi recommandé, en fin d'entretien, le fait de ne donner que le thème des maisons de santé au moment du recrutement. Cependant, il nous paraissait inadapté, dans un souci de transparence, de ne pas être clair quant au sujet de l'étude lors de notre demande d'y participer.

S'agissant d'une thèse qualitative et étant donné la thématique étudiée, les questions que nous avons intégrées dans notre grille d'entretien pouvaient paraître parfois floues pour certains médecins, nécessitant des explicitations non préparées. D'autre part, nous avons fait face à un réel manque d'expérience dans cet exercice qu'est l'entretien semi-directif, nos années d'études de médecine ne nous ayant jamais amené à réaliser ce type d'interview. Cet exercice très particulier nous a posé quelques difficultés. Un biais d'intervention a pu être engendré, d'une part du fait d'un certain manque de recul de notre part, ou manque de naïveté, les personnes interrogées et les chercheurs exerçant la même profession, et d'autre part du fait de ce même manque d'expérience en technique d'enquête. Ce biais est ainsi retrouvé en cas d'intervention intempestive de l'enquêteur dans le déroulé de l'entretien et dans le discours de l'interviewé. A la relecture des entretiens, nous devons reconnaître que certaines de nos interventions ont été trop directives et orientées, pouvant ainsi biaiser les réponses et limitant l'expression spontanée de l'informateur. L'attitude de l'enquêteur doit être à la fois neutre et empathique et doit se débarrasser des idées préconçues ou des jugements concernant l'informateur ou son propos (129). Au fil de nos retranscriptions et de nos échanges entre chercheurs et directeurs de thèse, nous avons mis en évidence et corrigé certaines de nos erreurs de relances ou de techniques verbales, en mettant en commun nos interventions et les réponses obtenues, ceci permettant de nous améliorer progressivement.

De plus, la méthodologie adoptée ayant prévu la collaboration à deux chercheurs pour la réalisation des entretiens, il était nécessaire d'uniformiser le déroulement des interviews effectuées par chacun de nous deux afin d'éviter un biais d'évaluation. Bien que nous ayons travaillé de concert pour constituer le texte d'introduction et la trame d'entretien, et que nous nous soyons souvent rencontrés afin de faire le point sur le déroulement des entretiens comme expliqué plus haut, il est évident, à la lecture des verbatims, que certaines différences dans le maniement des entretiens n'ont pu être gommées, bien qu'elles aient diminué au fil du travail de recherche.

❖ **IV.2 Discussion des résultats**

- **IV.2.1 Résumé, analyse et critique des résultats**

o **IV.2.1.1 Principaux résultats**

Les résultats de cette étude viennent confirmer nos hypothèses. L'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle est donc majoritairement présenté comme un moyen de se protéger du burnout ou d'y faire face, certains médecins nuanciant ce point de vue dans le cadre de problèmes précis rencontrés, sur lesquels nous reviendrons. Le bénéfice apporté par ce mode d'exercice serait le fruit de différentes composantes, à la fois humaines, organisationnelles, idéologiques et matérielles.

La maison de santé apporterait ainsi certaines améliorations concernant le système et l'offre de soins, avec notamment une meilleure démographie médicale, une permanence des soins efficiente ou encore un rapport au patient amélioré, qui amèneraient ainsi à une diminution du risque d'épuisement professionnel.

Le regroupement physique et la cohérence de travail entre médecins et différents professionnels de santé permettraient également cette protection par l'effet d'équipe et par les différentes interactions qui existent entre eux. L'apport des locaux et la mutualisation des moyens seraient impliqués de la même façon.

Le bénéfice individuel concernerait l'implication dans son métier, la pratique quotidienne avec la possibilité de l'enrichir et de surmonter les difficultés qui y sont liées (tâches administratives, horaires, relation thérapeutique) ou encore un meilleur état de santé mentale.

Comme nous l'avons avancé dans nos hypothèses, ce rapport entre maison de santé pluriprofessionnelle et burnout n'est pas unilatéral. L'exercice peut s'y avérer, par certains facteurs, pourvoyeur d'un risque de développer un épuisement professionnel. Toutefois nous nous sommes laissé surprendre par nos résultats, du fait de l'ampleur des limites avancées aux bénéfices présumés, et du nombre important d'éléments rattachés aux maisons de santé considérés comme exposant à un risque majoré d'épuisement professionnel. Les facteurs de risque avancés, bien qu'en nombre réduit par rapport à ceux perçus comme protecteurs, ressortent ainsi nettement des résultats et nous ont donc amené à prendre en considération leur importance et à ne pas nous focaliser sur les facteurs protecteurs du burnout en maison de santé, afin de tenter d'en tirer de façon globale une perspective de protection optimale.

Ainsi, l'organisation au sein de certaines maisons de santé ne permettrait pas d'apporter un bénéfice concernant les horaires, la charge de travail ou la relation à l'argent. Un manque de formation ou d'aide concernant le montage et le fonctionnement de ces structures s'avèreraient des facteurs de risque de burnout. La structure en elle-même, en cas de taille trop importante ou de problèmes matériels, s'avèrerait délétère. Enfin, d'après les résultats et comme nous l'évoquons en hypothèse, le travail en équipe lui-même est pointé du doigt et serait à l'origine de difficultés relationnelles ou de coopération, amenant à un risque majoré d'épuisement professionnel.

Les résultats avancent par ailleurs des facteurs de protection vis-à-vis du burnout, quel que soit le mode d'exercice. En font partie certaines caractéristiques de notre métier, comme l'indépendance, la reconnaissance des patients, la régulation médicale, le bénéfice d'un secrétariat physique ou encore le repos et l'influence de sa propre famille sur son travail.

De la même façon, l'exercice isolé est dénigré de façon très nette par quasiment l'ensemble du panel. Ceci pouvant en partie s'expliquer par un profil commun des médecins interrogés, tous attirés ou du moins impliqués par le travail regroupé. Certains éléments communs aux différents modes d'exercice sont mis en avant comme facteurs de risque d'épuisement émotionnel : l'hyperinvestissement, la peur de faire une erreur, les relations thérapeutiques à distance médecin/patient inadaptée, la mauvaise image du métier, de la société ou des médecins eux-mêmes, le comportement de certains patients ou encore une couverture sociale insuffisante.

○ **IV.2.1.2 Une prévention à différents niveaux**

Les médecins interrogés eux-mêmes rapportent une prévention à différents niveaux vis-à-vis du burnout au sein de la maison de santé. En effet, certains évoquent une prévention primaire, ayant le sentiment que la maison de santé les préserve de cette exposition (C « *clairement, la structure qu'offre la maison de santé en terme de fonctionnement et de travail m'ont permis de ne pas tomber dans le burnout qui était possible avec mes problèmes familiaux récents.*»), d'autres évoquent plutôt une prévention secondaire, ressentant une amélioration de leur santé mentale, et donc une diminution de leur exposition à l'épuisement

professionnel, grâce à ce mode d'exercice (B « *Dans la maison de santé, il y a quand même une ambiance, on travaille en équipe, on se soutient, on peut échanger nos petites misères, donc ça va beaucoup mieux là.* »). La prévention tertiaire n'est quant à elle pas directement évoquée. Objectivement, il est possible de répartir les différents facteurs mis en avant par nos résultats selon ces trois axes de prévention, venant ainsi appuyer d'autres études.

La prévention primaire y est représentée par :

- La formation médicale continue facilitée (69)
- La réorganisation des pratiques ou le développement organisationnel, à travers de nombreux éléments (travail en équipe (18), durée de consultation allongée, rythme de travail allégé, permanence des soins, allègement des tâches administratives, secrétariat (11), relations professionnelles d'égal à égal, activité enrichie ou complétée, accueil des étudiants facilité (43), salariat (16, 20))
- Une conception du métier plutôt orientée vers l'image d'activiste social ou d'artisan (1, 30)
- La délégation des tâches, notamment grâce aux infirmières ASALEE, permettant de recentrer sa pratique (11, 15)
- Le support confraternel au quotidien (14, 74) avec échanges, discussions, rencontres et coopération
- Une modification de comportement des patients (20, 74) avec une relation thérapeutique à distance adaptée

La prévention secondaire est représentée par :

- Les groupes de paroles, s'appuyant ici encore de façon informelle par le support confraternel (14, 74)
- La nécessité de formation au soutien confraternel (74) ou à la solidarité d'équipe (71), qui permettent une surveillance entre confrères, une thérapie de groupe ou de faire face à des problèmes personnels
- Des stratégies centrées sur l'individu par stimulation personnelle ou par l'effet bénéfique du groupe (81)

Concernant la prévention tertiaire, les groupes de paroles et le soutien psychologique apporté par cette même thérapie de groupe (83), mis en avant dans les résultats, peuvent être aidants.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles apparaissent donc efficaces sur l'ensemble des trois niveaux de prévention de l'épuisement professionnel.

○ **IV.2.1.3 Différences vécu / attentes**

Compte-tenu de l'inclusion conjointe de médecins généralistes travaillant, au moment de l'entretien, dans un mode d'exercice différent des maisons de santé pluridisciplinaires avec d'autres médecins y exerçant déjà, il apparaît à la fois important et intéressant d'étudier les différences entre vécu et attentes vis-à-vis des facteurs protecteurs du burnout au sein de la maison de santé.

Concernant les facteurs reconnus comme protecteurs, la notion de travail en équipe est mise en avant de la même façon par ceux qui s'appêtent à exercer en maison de santé et ceux qui y travaillent déjà. La coopération interprofessionnelle est toutefois très attendue alors qu'elle n'est que très peu évoquée par ceux qui sont en maison de santé, tandis qu'à l'inverse, la délégation des tâches est plutôt redoutée, faisant peur à certains dans son organisation ou vis-à-vis du changement de pratique occasionné, mais elle est communément présentée comme un facteur protecteur vécu. Ces éléments laissent penser que la coopération, bien que très attendue, et nettement porteuse de protection vis-à-vis du burnout selon les résultats, est un élément naturel dans l'exercice en maison de santé pour ses acteurs. La délégation des tâches implique de son côté une confiance à la fois en soi et envers les professionnels à qui l'on confie ces tâches. Ceci ne paraît pas aisé à envisager, mais serait au final bénéfique dans son exercice, pointant ainsi le doigt sur un manque de formation à cette forme de coopération.

En ce qui concerne l'action sur la démographie médicale, il est noté une grande attente de l'exercice en maison de santé à propos de l'attractivité, vis-à-vis de confrères ou de potentiels successeurs, par les médecins n'y exerçant pas encore. Cet élément ne ressort pas dans le propos des médecins exerçant en maison de santé. Il s'agit peut être, là encore, d'une évidence pour eux, ne suscitant donc pas

une quelconque insistance sur ce sujet, ou bien d'une absence d'amélioration sur ce critère. La littérature ne permet pas d'apporter de réponse à cette question.

Sur le plan de la réorganisation ou du développement organisationnel, il est également possible de relever quelques divergences. Ainsi, l'apport d'une protection vis-à-vis de l'épuisement professionnel par une meilleure gestion des tâches administratives, par une amélioration du rythme de travail ou par la mutualisation des moyens matériels, ne font pas partie des attentes alors qu'il s'agit d'éléments nettement promus en ce qui concerne le vécu en maison de santé. Cela peut sans doute s'expliquer par le fait que les médecins n'exerçant pas encore en maison de santé, ne prennent pas pleinement conscience des facteurs inhérents à leur organisation les exposant à une fragilité vis-à-vis de l'épuisement professionnel.

Certains facteurs comme la possibilité de libérer du temps pour soi, d'allonger la durée de consultation ou d'améliorer sa pratique et l'ambiance de travail, sont de leurs côtés à la fois attendus et ressentis comme protecteurs du burnout.

Enfin, il apparaît clairement qu'il existe, dans l'idée d'être protégé de l'épuisement professionnel en maison de santé, une attente importante du point de vue psychologique, confortée par la mise en avant, dans cet objectif, du vécu d'une véritable thérapie de groupe s'exerçant au sein de ce type de structure.

Concernant les limites à ce rapport protecteur dans l'exercice en maison de santé, parmi quelques éléments relevés, inhérents à la pratique dans ce type de structure et à l'expérience des médecins qui y exercent, certains ont retenu notre attention. Ainsi, le montage du projet est appréhendé alors qu'en définitive cet aspect n'est pas rapporté comme une difficulté vécue, contrairement au surcoût occasionné par le montage ou le fonctionnement de ces structures. Par contre, une taille trop importante est avancée de façon unanime comme un facteur de risque de burnout.

○ **IV.2.1.4 Propos selon le niveau d'épuisement professionnel**

Les médecins atteints d'épuisement professionnel au sein du panel sont répartis ainsi : deux exercent en maison de santé et les deux autres exercent en cabinets seuls. Il apparaît à la lecture et à l'analyse des propos tenus par ces quatre médecins que leur niveau d'atteinte est relié à la vision qu'ils ont de la maison de santé. En effet, les deux médecins exerçant seuls et atteints de burnout (I et Q)

présentent une vision très optimiste et très attentiste de la maison de santé, allant peut être jusqu'à idéaliser ce mode d'exercice, en comparaison à leur mode d'exercice actuel. A l'opposé, les deux médecins atteints de burnout mais exerçant en maison de santé (D et O) sont très critiques et ont une vision plutôt négative de ces structures.

Il paraît difficile de déterminer le sens de cette relation. L'épuisement professionnel dont les médecins sont atteints est-il responsable de la vision qu'ils ont de leur mode d'exercice actuel, ou est-ce l'inverse, à savoir leur mode d'exercice actuel qui serait à l'origine de leur niveau d'atteinte vis-à-vis du burnout ? Nous ne nous risquons pas à une interprétation des données en faveur de l'une ou l'autre de ces orientations, mais il est intéressant de constater cette influence.

Concernant les deux médecins considérés à risque de développer un épuisement professionnel (F et N), il apparaît, en lien avec ce qui a été constaté plus haut, que leurs propos nuancent cette vision, puisque F redoute, pour plusieurs points, l'exercice en maison de santé, mais en attend beaucoup par rapport à son mode d'exercice actuel, et N n'émet pas de critique particulière envers la structure dans laquelle il travaille.

Par ailleurs, concernant la vision que les médecins ont de leur niveau de risque ou d'atteinte vis-à-vis de l'épuisement professionnel, les résultats sont également dignes d'intérêt. En effet, comme nous l'avons constaté, parmi les nombreux médecins qui se sentent être, ou avoir du moins été, concernés par le burnout (neuf médecins sur les dix-sept interrogés) trois étaient effectivement en situation d'épuisement professionnel au moment de l'évaluation. Cela peut être la conséquence de l'évolution temporelle du niveau d'atteinte, souligné par certains médecins, ou pourquoi pas une corrélation à l'évolution de la satisfaction au travail (11, 14, 36), s'expliquant peut être ici par l'effet bénéfique de l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle, là encore souligné par certains d'entre eux, sans que l'on puisse le déterminer avec poids et légitimité dans cette étude.

D'un autre côté, parmi les médecins ne se sentant pas concernés par le risque d'épuisement professionnel (au nombre de sept), l'un d'entre eux était en situation de burnout, et deux autres à risque de le développer, au moment de l'évaluation. Même si l'un de ces trois médecins avouait craindre de devoir y faire face un jour, cela souligne, à notre sens, un possible manque de recul de ces médecins concernant

l'impact qu'ont leurs pratiques sur eux-mêmes et surtout un manque de sensibilisation au concept de burnout et de formation à la capacité de le reconnaître et de le dépister (deux médecins seulement ont évoqué l'existence et l'utilisation de grilles d'évaluation de l'épuisement professionnel), objectivant la nécessité d'un travail à ce niveau-là (70, 74).

- **IV.2.2 Comparaison à la littérature**

Notre étude permet donc de vérifier l'existence et la nature de facteurs influençant le risque d'épuisement émotionnel. Comme nous l'avons vu en première partie, la littérature est riche en enseignements concernant ce sujet. Il convient donc de faire un rapprochement de nos résultats avec l'ensemble de l'état des connaissances.

o **IV.2.2.1 Confirmation de certains résultats**

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont donc présentées par la majorité des médecins de l'étude comme une solution de prévention du risque d'épuisement professionnel, comme cela a été le cas pour d'autres études (16, 18, 120, 122).

Certains facteurs protecteurs mis en lumière dans notre étude sont de la même façon retrouvés par d'autres travaux. Ainsi, le travail en équipe auquel s'ajoutent les notions d'échange, de discussion, de rencontres et de moment propices à cela, tels que la pause café ou les repas (11, 42), la coopération médicale (14) ou encore la délégation des tâches (11, 15) sont retrouvés par d'autres auteurs. D'autres éléments organisationnels appuient la littérature comme l'effet de tâches administratives moins contraignantes (18), la présence d'un secrétariat (19–21), la gestion confortable du rythme de travail (20, 29, 38) ou la possibilité de libérer du temps pour soi et sa famille (16, 19, 29, 42). Sont également validées les possibilités de compléter son activité, d'envisager le salariat (16, 20), d'accueillir plus facilement des étudiants, bénéficiant ainsi du bénéfice qu'ils apportent sur les plans personnel et professionnel (43), et d'enrichir son activité, notamment par une FMC facilitée (29).

L'influence des orientations de carrières, proposée par Cherniss et Truchot (1, 30), par la possibilité offerte, au sein des maisons de santé, d'orienter son travail plutôt vers les modèles de l'artisan et de l'activiste social, se manifestent également par l'idée de se consacrer pleinement à son travail, au cœur de son métier ou encore d'y « exercer pleinement son art ». Les effets bénéfiques de l'amélioration de la démographie médicale (20), du fait de l'attractivité de ce mode d'exercice, d'une modification du comportement, de la mentalité des patients ou de la relation thérapeutique dans ces structures (20, 74), et d'une stimulation personnelle (81), encadrée par une surveillance confraternelle ainsi que par l'effet d'une thérapie de groupe (74), sont aussi confirmés.

Mise en avant indépendamment de l'exercice en maison de santé, l'importance de la relation avec sa propre famille et les limites qu'elle apporte à notre travail était un facteur également retrouvé par Galam et Mouriès (20).

Du côté des facteurs de risque liés à la maison de santé, sont pointés du doigt par notre étude des horaires difficiles, une charge de travail lourde (20, 29, 38), ainsi que le poids des charges administratives (11, 18–20). L'apparition de tensions et de difficultés liées au mode d'exercice communautaire était également avancée par Truchot et Zeter (1, 14).

Par ailleurs, les responsabilités dans le risque de burnout de l'exercice isolé (19), de la gestion personnelle de certains médecins de leur métier (1) et du changement de mentalité des patients, ou de l'image du médecin dans la société (14), sont confirmées par bon nombre de propos recueillis.

○ **IV.2.2.2 Opposition à certains résultats**

Certains éléments avancés par la littérature ne ressortent pas des résultats de notre étude, sans que l'on puisse présumer d'une raison particulière. Il est possible d'envisager plusieurs pistes : soit que ces éléments ne soient pas considérés pertinents par les médecins interrogés ou qu'ils n'y aient tout simplement pas pensé, soit qu'ils ne puissent être mis en avant par l'exercice au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Ces éléments comprennent : l'influence du sexe et de l'âge, le désir de reconversion professionnelle, les gardes médicales, la participation à la recherche, le rapport aux autorités, la judiciarisation ou encore les conflits familiaux personnels.

Nous n'avons toutefois pas noté au sein de nos résultats de divergence ou d'opposition formelle aux liens d'influences, entre certains facteurs et le burnout, relevés dans la littérature, que ce soit dans un sens, ou dans l'autre.

○ **IV.2.2.3 Emergence de nouvelles données**

Certains facteurs considérés comme influençant le niveau de burnout au sein des maisons de santé dans notre étude n'ont par contre pas été retrouvés dans la littérature et constituent donc de nouvelles idées.

Un grand nombre de facteurs protecteurs du burnout en maison de santé émergent ainsi de notre travail :

- Le dynamisme apporté par la structure et le travail en équipe
- La permanence des soins, notamment par des remplacements facilités
- L'ambiance de travail agréable avec des relations interprofessionnelles d'égal à égal ou un espace de travail neutre
- Les locaux agréables et l'outil informatique
- Le dossier médical, s'il est pratique et efficient
- La possibilité d'une durée de consultation allongée
- Le fait de fixer des limites aisément
- La possibilité de faire face à des problèmes personnels grâce au soutien confraternel

Indépendamment de l'exercice en maison de santé, sont cités : l'indépendance de la profession, la régulation médicale ou encore la reconnaissance, voire l'adulation, des patients.

En ce qui concerne les facteurs de risque de burnout apportés par l'exercice en maison de santé, les idées suivantes émergent de nos résultats :

- Le montage du projet et les difficultés auxquelles il expose
- Le coût important du projet et les frais de fonctionnement majorés
- La relation à l'argent qui y reste trop importante du fait de la persistance du paiement à l'acte
- La coopération et la délégation des tâches qui peuvent faire peur
- Une structure de taille trop importante
- Les problèmes matériels rencontrés

- **IV.2.3 Perspectives**

○ **IV.2.3.1 Applications des résultats de l'étude**

➤ **IV.2.3.1.1 : Autres modes d'exercice**

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont donc nettement mises en avant par les résultats de notre étude. A l'inverse, l'exercice isolé paraît dénigré de façon unanime, bien qu'une part non négligeable des médecins interrogés ait travaillé, ou travaille toujours actuellement, en cabinet seul. Cette vision peut être biaisée par le fait que la plupart des répondants à cette étude travaillait déjà en maison de santé, les autres en ayant tous le projet, avec toutefois la nuance apportée par quelques médecins d'une vision négative envers ce type de structure. Les différents facteurs protecteurs présentés indépendamment de la condition d'exercice au sein de la maison de santé, sont autant d'éléments qui peuvent être extrapolés avec pertinence aux autres modes d'exercice, afin d'y améliorer les conditions de travail (secrétariat physique ; congés suffisants ; persistance de l'indépendance ; régulation médicale efficiente ; reconnaissance des patients ; relations apaisées avec sa propre famille ; lutte contre l'hyperinvestissement vis-à-vis de son travail ou les relations thérapeutiques trop fusionnelles ; renforcement des capacités personnelles, notamment à faire face à l'erreur ; amélioration de l'image du médecin généraliste au sein de la société ; amélioration de la mentalité ou du comportement des patients ; amélioration de la couverture sociale).

L'exercice en groupe (hors maisons et pôles de santé) peut faire figure de compromis entre exercice isolé et exercice en maison de santé, puisque de nombreux facteurs relevés par nos résultats pourraient très bien s'inscrire dans le cadre d'un exercice de groupe. Nous ne pouvons toutefois extrapoler avec rigueur l'ensemble des facteurs reconnus protecteurs dans nos résultats à ce mode d'exercice, car notre méthodologie impliquait un discours orienté en faveur des maisons de santé. Ces éléments peuvent malgré tout constituer des pistes d'amélioration de ce mode d'exercice, dont les bénéfices vis-à-vis du burnout ne pourraient être mis en évidence et comparés à l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle qu'au prix d'une étude dédiée, permettant qu'ils soient reconnus par ses acteurs.

➤ IV.2.3.1.2 : Applications aux maisons de santé

Les maisons de santé pluriprofessionnelles apparaissent donc effectivement comme un outil regroupant de nombreux facteurs de protection du burnout, ceci expliquant probablement la mise en avant que connaît ce mode d'exercice, au sein de notre panel et à plus grande échelle.

L'effet protecteur vis-à-vis de l'épuisement professionnel n'apparaît pas lié à un unique effet structure mais plutôt à la possibilité de réunir en un mode d'exercice de nombreux facteurs protecteurs.

Seulement cette protection n'y paraît pas parfaite, certains éléments inhérents à ce type de structure représentant de véritables facteurs de risque, comme nous l'évoquions précédemment. Ces facteurs ne nous semblent toutefois pas insurmontables et nécessitent seulement quelques ajustements au fonctionnement d'une maison de santé.

✓ **IV.2.3.1.2.a) Solutions aux limites avancées**

Nous proposons ainsi certaines pistes d'amélioration vis-à-vis de ces facteurs, basées sur l'état des connaissances et l'ensemble des résultats de l'étude :

- Concernant l'absence d'amélioration vis-à-vis des horaires ou de la charge de travail perçue par certains médecins, il serait envisageable de prévoir, dès la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle, une répartition

équitable entre les différents praticiens, en accord avec leur volonté d'exercice avec, pourquoi pas, des horaires balisés et aménagés, en fonction des jours de la semaine et de la demande, et la possibilité d'effectuer une sorte d'astreinte à tour de rôle afin d'assurer les consultations « urgentes » ou non programmées.

- Concernant certaines difficultés inhérentes à la lourdeur administrative, il convient de bénéficier en maison de santé d'un secrétariat physique suffisant et efficient. Dans ce but, plusieurs aides peuvent être envisagées : un pilotage (éventuellement par l'ARS) de la mise en place et du fonctionnement du secrétariat, concernant l'évaluation des besoins des différents acteurs de la maison de santé, les responsabilités et missions incombant à ce poste et le nombre d'équivalent-temps-plein nécessaires à la structure.

Dans cette idée, il apparaît également indispensable que soient mises en place des formations à destination des secrétaires, afin de leur enseigner les caractéristiques bien particulières d'un tel poste au sein d'une maison de santé, ainsi qu'à destination des professionnels de santé, pour leur apprendre à déléguer les tâches qui peuvent l'être aux secrétaires.

D'autre part, comme cela est avancé par certains ouvrages référentiels (92, 103), la désignation d'une personne dévolue à la gestion de la maison de santé doit être promue, en choisissant de préférence une personne n'étant pas acteur de l'offre de soins au sein de la structure et qui serait rémunérée grâce à la SISA (99, 107). A défaut et en complément, des formations à la gestion particulière des maisons de santé doivent être proposées aux professionnels de santé.

- Concernant le coût du projet en lui-même et le surcoût de fonctionnement, il apparaît que les différentes subventions auxquelles sont éligibles les maisons de santé soient difficiles à solliciter et longues à obtenir du fait d'une latence inhérente à l'administration et ce malgré la création d'un guichet unique (PAPS). Un travail des administrations et autorités compétentes à ce niveau est donc nécessaire pour faciliter les démarches des professionnels de santé. Pour les frais de fonctionnement, le surcoût, évalué à environ 4400 € par an et par praticien (92), peut être compensé par la répartition entre professionnels des aides obtenues, permise par le

fonctionnement en SISA (99, 107), et grâce au développement des nouveaux modes de rémunération, dont l'expérimentation est prolongée pour l'année 2014.

- Concernant les difficultés liées à la coopération interprofessionnelle, le travail en communauté et les tensions qui peuvent en naître, il paraît essentiel de promouvoir le management d'équipe par l'exercice d'un leadership, l'un des acteurs de la maison de santé pouvant faire office de meneur. La solidarité d'équipe et les bons rapports entre professionnels peuvent être entretenus par des rencontres régulières, idéalement formalisées par des réunions d'équipe, encadrées par ce meneur et, pourquoi pas, par la présence d'un psychologue, de préférence extérieur à la structure, afin d'exposer les difficultés et problèmes rencontrés par chacun, en lien avec la structure.
- Quelques professionnels éprouvent des difficultés à déléguer certaines tâches, mettant en lumière un manque de formation à la capacité de déléguer en soins primaires, la formation des médecins généralistes ayant été jusqu'à il y a peu de temps basée en grande partie sur la pratique hospitalière. Il paraît donc important de proposer aux médecins, et ce dès les études de médecine, un apprentissage à la délégation des tâches adapté aux soins primaires, ainsi que des formations à cette compétence intégrées à la FMC.
- Les difficultés liées au montage peuvent être surmontées par l'aide ou le pilotage d'entités compétentes en la matière (ARS notamment).
- La taille de la structure doit être limitée, afin de garder une dimension humaine et de ne pas majorer les difficultés liées à la gestion.
- Concernant les problèmes matériels, là encore, une expertise et un pilotage dans le choix et la mise en place des équipements sont essentiels, afin d'obtenir un outil de travail efficient et cohérent vis-à-vis de la configuration de la structure. Ceci peut être sollicité auprès de l'ARS ou de l'ASIP, qui est à l'origine de cahiers des charges concernant les systèmes de données au sein des maisons de santé (105). Par ailleurs, les travaux concernant le partage des données informatiques entre professionnels de santé par un logiciel adapté à la coopération interprofessionnelle et le dossier médical partagé doivent être poursuivis.

✓ IV.2.3.1.2.b) Proposition de recommandations

Il est ainsi possible, compte-tenu de l'ensemble des résultats et de ces différentes propositions, de résumer les éléments mis en avant comme protecteurs vis-à-vis du burnout en maison de santé, par le biais du schéma idéal d'une telle structure, permettant de regrouper l'ensemble des facteurs protecteurs en une organisation globale.

Nous proposons donc des recommandations qui peuvent faire office de cahier des charges ou de charte de fonctionnement, et ainsi permettre d'optimiser un projet ou une maison de santé pluriprofessionnelle déjà existante, dans l'objectif de protéger au mieux les médecins qui y exercent de l'épuisement professionnel. Ces propositions sont classées, dans chacun des six principaux axes dans lesquelles elles sont réparties, par ordre de pertinence, découlant de l'ensemble des résultats de la littérature et de notre vision personnelle. L'ensemble de ces recommandations, figurant ci-après, est résumé en annexe de cette thèse (Annexe 8) afin qu'elles soient de compréhension et d'utilisation facilitées par l'ARS et par les différents professionnels de santé auxquels elles sont destinées.

Montage du projet

- Rechercher une cohérence démographique vis-à-vis du lieu d'installation de la structure (pilotage par l'ARS).
- Pilotage du projet (ARS) pour contrôler les coûts, obtenir facilement des subventions et aider à surmonter les éventuelles difficultés rencontrées.
- Locaux imaginés et conçus en accord avec les besoins et les désirs des professionnels de santé investis dans le projet.
- Taille modérée de la structure afin de garder une échelle « humaine ».
- Choix et installation du matériel, notamment informatique, sous l'expertise et le pilotage de structures faisant autorité et référence (ARS, ASIP).
- Dans le cadre de bureaux partagés, assurer la neutralité de l'espace de travail.

Composantes administratives

- Secrétariat physique, nombre d'équivalents-temps-plein suffisant pour la structure (pilotage et/ou expertise possibles par ARS). Formation des secrétaires au travail en maison de santé. Formation des professionnels de santé à la gestion administrative et à la délégation des tâches administratives en maison de santé. Déléguer tout ce qui peut l'être sur le plan administratif.
- Constitution d'une SISA.
- Désignation et emploi d'un gestionnaire administratif de la maison de santé (idéalement un professionnel extérieur à la structure), rémunéré par la SISA, si existante.
- Répartition des charges et, si souhaité, des subventions entre l'ensemble des professionnels de santé (seulement possible si SISA existante).

Travail en équipe

- Entretenir le travail en équipe au moyen d'échanges, de discussions, de rencontres régulières (café, dîners, ...). Soutenir le dynamisme d'équipe, une bonne ambiance de travail. Sensibiliser l'équipe au burnout (formations, réunions d'information, ...).
- Engagement de chacun dans la coopération interprofessionnelle, notamment par la délégation des tâches, avec la nécessité de formations dédiées.
- Encourager des relations d'égal à égal entre différents professionnels de santé exerçant au sein de la même structure, sans rapport d'autorité, en préservant l'indépendance de chacun.
- Désigner un leader, ou meneur, (qui peut être l'un des acteurs de soins de la maison de santé) afin d'opérer un management d'équipe, sans exercice d'autorité. Formation à cette fonction nécessaire.
- Réaliser régulièrement des réunions d'équipe afin de verbaliser les difficultés de chacun des professionnels de santé vis-à-vis de la structure. Encadrement par le leader (+/- gestionnaire administratif) et un psychologue, de préférence n'exerçant pas au sein de la maison de santé.

Exercice médical

- Placer l'activité de soins au cœur de l'exercice.
- Charge de travail contrôlée, répartie entre les différents médecins, avec possibilité de mise en place d'un système d'astreintes visant à ce qu'un médecin désigné gère les consultations urgentes ou non programmées.
- Horaires balisés, souples, pas trop importants, en accord avec les volontés d'exercice de chacun et en veillant à une cohérence globale de l'offre de soins tout en assurant une permanence des soins efficace.
- Constituer et compléter avec soin et rigueur les dossiers médicaux informatisés des patients afin de les rendre pratiques, efficaces et mutualisables entre professionnels de la structure.
- Participer à l'accueil universitaire d'étudiants en médecine.
- Durée de consultation allongée par rapport aux 15 minutes « conventionnelles » (idéalement, durée d'environ 20 minutes).
- Encourager et faciliter la démarche de FMC au sein de la structure (formations internes selon besoins locaux, facilitation des absences à cet effet par une permanence de soins efficace, ...).
- Participer à la régulation médicale et aux gardes afin de les pérenniser.
- Solliciter des remplacements et viser l'attractivité, si besoin, vis-à-vis de confrères ou successeurs.
- Utiliser et optimiser les nouveaux modes de rémunération et promouvoir leur renforcement au détriment du paiement à l'acte.
- Etudier la possibilité d'un exercice salarié au sein de la maison de santé, notamment grâce à la SISA.

Rapport au patient

- Entreprendre une démarche engagée pour l'éducation des patients à leurs maladies et plus globalement à la gestion de leur santé. Les sensibiliser à la santé publique, au fonctionnement et aux limites du système de soins.
- Remettre en permanence en question la relation thérapeutique établie et la distance médecin-patient afin de s'assurer qu'elles restent adaptées.
- Encourager le partage de patientèle entre médecins et y accommoder les patients en leur expliquant notamment l'intérêt mutuel.

Investissement personnel

- Veiller à ce que chacun des acteurs de la structure libère du temps pour lui et sa famille afin de préserver et de respecter l'outil de soins que représente le médecin généraliste pour la maison de santé, tout en protégeant sa vie privée.
- Utiliser la structure et l'équipe pour entretenir une certaine stimulation personnelle et solliciter la surveillance confraternelle, ou s'en remettre à la thérapie de groupe, en cas de difficultés personnelles.
- Evaluer régulièrement son niveau d'épuisement professionnel au moyen d'une auto-évaluation, par exemple le *Maslach Burnout Inventory*.
- Fixer des limites à l'amplitude de son travail et ne pas se positionner en situation d'hyperinvestissement.
- S'absenter dès que cela est rendu nécessaire par des problématiques personnelles en s'appuyant sur le partage de patientèle et la permanence des soins instaurées au sein de la structure.

○ **IV.2.3.2 Travaux complémentaires**

En complément à ces conclusions, il est possible d'émettre quelques idées concernant la possibilité d'effectuer d'autres études, afin de compléter les connaissances ici obtenues :

- Etude quantitative, basée sur un schéma avant/après, sur le modèle de l'étude américaine portant intérêt aux PCMH (122), mais cette fois en maison de santé pluriprofessionnelle française, qui permettrait de mettre en évidence le bénéfice obtenu vis-à-vis de la prévalence de l'épuisement professionnel au sein de l'équipe constituant la structure.
- Etude quantitative de prévalence du burnout, comparative entre maison de santé et autres modes d'exercice.
- Etude qualitative de méthodologie et construction similaires à ce travail de thèse mais basée sur la vision des autres professionnels de santé, afin de compléter les recommandations émises dans ce travail par le ressenti des autres acteurs de la maison de santé, vis-à-vis des facteurs influençant l'exposition au risque de burnout.
- Etude expérimentale interventionnelle, par application de ces recommandations (ou cahier des charges / charte de fonctionnement) au sein d'une maison de santé, dans le but de vérifier leur efficacité en terme de diminution de la prévalence de l'épuisement émotionnel, comparativement à une antériorité de résultats, avant application de ces différentes mesures, au niveau local (sur un modèle avant/après par exemple) et/ou comparativement aux autres maisons de santé n'appliquant pas ces recommandations.

V-Conclusion

Nous avons voulu dans notre étude, identifier les facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel procurés par l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle et par la même occasion, rechercher la présence, dans ce mode d'exercice, d'éléments d'exposition au risque de burnout, persistants ou propres à ces structures.

Nous avons ainsi mis en évidence, à partir de l'analyse thématique de dix-sept entretiens individuels semi-dirigés, les attentes et le vécu de médecins généralistes concernant les facteurs influençant leur niveau de burnout et reliés à l'exercice en maison de santé.

Les axes d'analyse ont permis de dégager de nombreux facteurs reconnus comme protecteurs de l'épuisement professionnel, certains propres à l'exercice en maison de santé, d'autres non. De la même façon, des limites aux bénéfices obtenus ont été mises en avant, en distinguant les difficultés liées à ces structures et celles ne dépendant pas d'un mode d'exercice en particulier.

L'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle y est en majorité présenté comme bénéfique et protecteur vis-à-vis du risque de burnout. Cependant, force est de constater que cette relation n'est pas complète et parfaite, puisque certains médecins de notre échantillon présentaient un épuisement professionnel bien qu'exerçant en maison de santé, amenant ainsi des propos nuancés concernant ces structures, sans que l'on puisse conclure, par nos résultats, quant à la responsabilité ou au niveau d'implication de ce mode d'exercice dans la survenue d'un épuisement professionnel chez ces médecins.

Sont notamment mis en avant l'optimisation du système, de la permanence et de l'accès aux soins, l'amélioration de la démographie médicale, une relation thérapeutique et un comportement des patients plus satisfaisants, les différents apports du travail en équipe et leurs aboutissements, la mutualisation des moyens et la possibilité pour les professionnels d'en tirer un profit au niveau de leurs confort de travail et de vie privée. Les trois niveaux de prévention sont de cette façon représentés, les facteurs ressortant de ce travail étant surtout répartis selon des axes de prévention primaire et secondaire, les rendant ainsi d'autant plus intéressants vis-à-vis de leur action sur l'épuisement professionnel.

Les difficultés, reliées à ce mode d'exercice et avancées comme exposant au risque de burnout, sont surprenantes par leur nombre et leur ampleur au sein de nos résultats. Elles mettent surtout en avant un manque d'encadrement, de formation ou de réel effet structure guidant l'optimisation de la pratique ou de l'organisation.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles n'apparaissent donc pas directement comme un facteur de prévention en soi du burnout mais comme un moyen de regrouper et d'optimiser plusieurs facteurs le permettant. Il incombe donc aux professionnels qui exercent en maison de santé d'être vigilants, acteurs et responsables des améliorations que peut procurer ce mode d'exercice.

C'est pourquoi, compte-tenu de solutions évidentes aux difficultés mises en avant et de la quantité non négligeable de facteurs reliés à l'exercice en maison de santé et reconnus comme protecteurs du burnout par cette étude, nous avons constitué une série de recommandations, pouvant faire office de charte de fonctionnement au sein d'une maison de santé, dont l'objectif est de réunir l'ensemble des conditions, auxquelles doivent répondre une structure de ce type et les professionnels qui s'y engagent, nécessaires pour garantir une protection optimale vis-à-vis de l'épuisement émotionnel. Ces recommandations s'articulent autour de six principaux axes d'actions concernant le montage du projet, les composantes administratives, le travail en équipe, l'exercice médical, le rapport au patient et l'investissement personnel. Elles sont consultables dans leur intégralité dans la partie « *Discussion* » et sous forme résumée, à destination des professionnels de santé, en annexe de ce travail (*Annexe 8*).

Ces recommandations, afin de vérifier leur pertinence et leur réelle efficacité dans la prévention de l'épuisement professionnel, devront être mises en pratique en maisons de santé pluriprofessionnelles et évaluées, en lien avec l'ARS. Nous recommandons par ailleurs qu'une étude similaire à celle-ci s'intéresse aux autres professionnels de santé exerçant au sein des maisons de santé, dans le but d'élargir le champ de nos résultats, limités aux médecins généralistes, et d'affiner ces recommandations.

Par ailleurs, le bénéfice obtenu par ce mode d'exercice n'apportant que peu d'éléments concernant la prévention tertiaire, il convient d'encourager et d'entretenir les différents programmes de soutien dédiés aux professionnels de santé atteints d'épuisement professionnel, tel que l'AAPML.

VI-Bibliographie

1. Truchot. L'épuisement professionnel : Concepts, modèles, interventions. Dunod; 2004.
2. Bradley HB. Community-based Treatment for Young Adult Offenders. *Crime Delinquency*. 7 janv 1969;15(3):359-370.
3. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-65.
4. Freudenberger HJ, Richelson G. Burn-out: the high cost of high achievement. Garden City, N.Y.: Anchor Press; 1980.
5. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99-113.
6. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. *Hum Relations*. 4 janv 1982;35(4):283-305.
7. Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety Stress Coping*. 1996;9(3):229-243.
8. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd éd. Consulting Psychologists Pr; 1996.
9. Pines A, Aronson E. Career burnout: Causes and cures. New York, NY, US: Free Press; 1988.
10. Lourel M, Gueguen N, Mouda F. L'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10). *Prat Psychol*. sept 2007;13(3):353-364.
11. Vaquin Villeminey C, Wong O. Prévalence du burnout en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. [Paris 5]: Université René Descartes; 2007.
12. Truchot D. Le burn'out des médecins libéraux de Bourgogne. 2001 : Disponible sur: http://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/opac/index.php?lvl=notice_display&id=19163
13. Truchot D. Burnout des médecins généralistes en Poitou-Charentes, Rapport pour l'URML de Poitou-Charentes. Poitou-Charentes: URML Poitou-Charentes; 2004.
14. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. [Poitiers. FRA]: Université de Poitiers; 2004.
15. Brigden N. La gestion personnelle immédiate des consultations à motifs multiples est-elle en lien avec le risque de burnout des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2012.
16. Jammes A. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux: étude menée auprès de médecins généralistes de la région biterroise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2010.
17. Begon-Bellet A. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: U.E.R. de médecine; 2003.

18. Romero Vidal E. L'épuisement professionnel : l'évaluer et le comprendre par une étude épidémiologique auprès des médecins généralistes héraultais. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. [Montpellier. FRA]: Université de Montpellier 1; 2010.
19. Guerin D. Le Burn out des médecins généralistes en Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2010.
20. Galam E, Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. Paris: URML Ile-de-France; 2007 juin p. 47p.
21. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* août 2008;25(4):245-265.
22. Truchot D. Le burnout des étudiants de médecine. Université de Franche-Comté: URML Champagne-Ardenne; 2005 p. 30.
23. Mazurkiewicz R, Korenstein D, Fallar R, Ripp J. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: A cross-sectional study. *Psychol Health Med.* mars 2012;17(2):188-195.
24. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2011
25. Mazas-Weyne L, Jaury P. Évaluation du burn out chez les externes en DCEM2 de la Faculté de Paris Descartes [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. [Paris 5]: Université Paris Descartes; 2012.
26. Orton P, Orton C, Gray DP. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. *BMJ Open.* 1 janv 2012 ; 2(1). Disponible sur : <http://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000274>
27. Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health.* 18 avr 2011;11(1):240.
28. Mangen M-H. Étude du burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2007.
29. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52(1):397-422.
30. Cherniss C. Staff burnout: job stress in the human services. Sage Publications; 1980.
31. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol.* 1979;37(1):1-11.
32. Rotter JB. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *J Consult Clin Psychol.* 1975;43(1):56-67.
33. Goldberg LR. An alternative« description of personality »: the big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol.* 1990;59(6):1216.

34. Antonovsky A. *Personality and health: Testing the sense of coherence model*. Pers Dis. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1990. p. 155-177.
35. Bandura A. *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press; 1997.
36. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 19 févr 2005;135(7-8):101-108.
37. Combot A. *La santé des médecins généralistes du Finistère [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2004.
38. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*. 5 oct 2009;Vol. 21(4):355-364.
39. Truchot D. *Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne*. URML Champagne-Ardenne; 2002 p. 59.
40. Hamon-Cholet S, Rougerie C. La charge mentale au travail: des enjeux complexes pour les salariés. *Économie Stat*. 2000;339(1):243-55.
41. Lemercier X. *Vécu et ressenti des médecins généralistes dans leur prise en charge de patients en fin de vie: analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la Vienne [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2010.
42. Galam E. Burn out des médecins libéraux : 4e partie : un problème individuel, professionnel et collectif. *Médecine*. 4(2):83-85.
43. Le Gallo A-G. *Prévention du burn out par la présence d'un interne au cabinet: enquête par entretiens individuels auprès de médecins généralistes maîtres de stage du Finistère [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2012.
44. Combot A. *Conséquences du stress chronique chez les médecins généralistes*. Brest; 2004.
45. Kahill S. Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Can Psychol Can*. 1988;29(3):284-297.
46. Halayem-Dhouib S, Zaghdoudi L, Zremdini R, Maalej I, Ben Bechir M, Labbene R. Burnout en psychiatrie: une expérience tunisienne. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. 58(6):403-408.
47. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*. 2006;132(3):327-353.
48. Armon G, Shirom A, Shapira I, Melamed S. On the nature of burnout–insomnia relationships: A prospective study of employed adults. *J Psychosom Res*. juill 2008;65(1):5-12.
49. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *Behav Med*. 1992;18(2):53-60.

50. Melamed S, Shirom A, Toker S, Shapira I. Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons. *Psychosom Med.* 11 janv 2006;68(6):863-869.
51. Toker S, Shirom A, Shapira I, Berliner S, Melamed S. The Association Between Burnout, Depression, Anxiety, and Inflammation Biomarkers: C-Reactive Protein and Fibrinogen in Men and Women. *J Occup Health Psychol.* 2005;10(4):344-362.
52. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *J Psychosom Res.* juin 1999;46(6):591-598.
53. Melamed S. Burnout and risk of regional musculoskeletal pain—a prospective study of apparently healthy employed adults. *Stress Heal.* 2009;25(4):313-21.
54. Maslach C, Solomon T. Pressures Toward Dehumanization from Within and Without. 1976.
55. Jackson SE, Maslach C. After-effects of job-related stress: Families as victims. *J Organ Behav.* 1982;3(1):63-77.
56. Kahn-Bensaude I. Démographie médicale. Les spécialités en crise. *Rapp Ordre Médecins Étude.* 2005;(38-2).
57. CARMF. Informations de la CARMF n°60. 2012.
58. Blanchard T. Facteurs influençant les cessations précoces d'activité et les reconversions chez les médecins généralistes du Poitou-Charentes entre 40 et 60 ans: enquête qualitative auprès de 8 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2012.
59. Prins JT, van der Heijden FMMA, Hoekstra-Weebers JEHM, Bakker AB, van de Wiel HBM, Jacobs B, et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med.* 2009;14(6):654-666.
60. Truchot D, Roncari N, Bantégny D. Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. *encep.* févr 2011;37(1):48-53.
61. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Ann Intern Med.* 5 mars 2002;136(5):358-367.
62. Zantinge EM, Verhaak PF, Bakker DH de, Meer K van der, Bensing JM. Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? A study of videotaped consultations. *BMC Fam Pr.* 26 août 2009;10(1):60.
63. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *JAMA.* 6 sept 2006;296(9):1071-1078.
64. Kushnir T, Kushnir J, Sarel A, Cohen AH. Exploring physician perceptions of the impact of emotions on behaviour during interactions with patients. *Fam Pract.* 2 janv 2011;28(1):75-81.

65. Cebrià J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influence of burnout on pharmaceutical expenditure among primary care physicians. *Gac Sanit.* déc 2003;17(6):483-489.
66. Flajolet A. Peut-on réduire les disparités de santé ? Annexe 1. La prévention : définition, notions générales sur l'approche française et comparaisons internationales. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2007 p. 249. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
67. Auger J, Puichaud J. Comment améliorer la relation médecin-malade ? *Rev Prat Médecine Générale.* 12 janv 2004;18(636):1-3.
68. Molho P, Mougeot C. La communication non violente : une approche équilibrée et constructive des relations au service des soignants et des patients. *Rev Francoph Gériatrie Gérontologie.* 2008;15(148):412-417.
69. Brondt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract.* 1 janv 2008;58(546):15-19.
70. Gandolfi G. 10 règles d'or pour éviter le burn out. *Le Généraliste.* 1 juin 2012;(2607):8-11.
71. Vermeiren E. Le burn-out chez les soignants et dans les équipes. *Urgences.* 2010;(9):51-56.
72. Rédaction. Les Groupes de Pairs et la démarche EBM. *Rev Prat Médecine Générale.* 19(694/695):654-656.
73. Nielsen HG, Söderström M. Group supervision in general practice as part of continuing professional development. *Dan Med J.* 2012;2(59):4.
74. Kacenelenbogen N, Offermans AM, Roland M. Le burn-out des médecins généralistes en Belgique: conséquences sociétales et pistes de solution. *Rev Medicale Brux-Nouv Ser.* 2011;32(4):413.
75. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé? »: enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2004.
76. Galbraith ND, Brown KE. Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: quantitative systematic review. *J Adv Nurs.* avr 2011;67(4):709-721.
77. Benenzon RO. La musicothérapie: La part oubliée de la personnalité. De Boeck Supérieur; 2004.
78. Bormann JE, Becker S, Gershwin M. Relationship of Frequent Mantram Repetition to Emotional and Spiritual Well-Being in Healthcare Workers. *J Contin Educ Nurs.* sept 2006;37(5):218-224.
79. Brown BB. *Stress and the art of biofeedback.* 1977;xiv, 298.
80. Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med.* 2012;43(2):119-128.

81. Pejušković B, Lečić-Toševski D, Priebe S, Tošković O. Burnout syndrome among physicians - the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatr Danub.* déc 2011;23(4):389-395.
82. Brooks SK, Chalder T, Gerada C. Doctors vulnerable to psychological distress and addictions: Treatment from the Practitioner Health Programme. *J Ment Health.* avr 2011;20(2):157-164.
83. Oosterholt BG, Van der Linden D, Maes JH, Verbraak MJ, Kompier MA. Burned out cognition – cognitive functioning of burnout patients before and after a period with psychological treatment. *Scand J Work Environ Health.* juill 2012;38(4):358-369.
84. Delbrouck M. Comment traiter le burn-out ? Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. De Boeck. 2011.
85. Oxley JR. Services for sick doctors in the UK. *Med J Aust.* 2004;181(7):388-9.
86. Myers MF. Treatment of the mentally ill physician. *Can J Psychiatry.* 1997;42(6):12.
87. Canadian Medical Association. CMA guide to physician health and well-being: facts, advice, and resources for Canadian doctors. Ottawa, ON: Canadian Medical Association; 2003.
88. Larouche C. La santé du médecin et son aptitude à exercer tenir compte de ses limites. *Médecin Québec.* sept 2009;44(9):80-82.
89. Casper E, Dilts SL, Soter JJ, Lepoff RB, Shore JH. Establishment of the colorado physician health program with a legislative initiative. *JAMA.* 5 août 1988;260(5):671-673.
90. Galam E, Mouries R, Fumey A. Ecouter les médecins en souffrance grâce à une plate forme téléphonique : bilan 2012 de l'AAPML. AAPML; 2012 p. 4. Disponible sur : <http://www.aapml.fr/dl.php?f=65>
91. Vallancien G, TOUBA A, JUILHARD JM, CROCHEMORE B. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Paris : MSS (Ministère de la Santé et des Sports) Secrétariat d'Etat à la Politique de la Ville Secrétariat d'Etat à l'Aménagement du Territoire; 2009 p. 52.
92. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Le Coudrier Editions; 2010.
93. HAS. L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. HAS; 2007 nov p. 4.
94. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code Santé Publique.
95. LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financ ement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786 déc 19, 2007.
96. DGOS. Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier. Ministère de la Santé et des Sports; 2010. Disponible sur : http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/actualites/MSP_Appel_offres/Annexe1_Cahier_des_chargesnationalMSP.pdf
97. FFMPs. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. 2013.

98. LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
99. LOI n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2011-940 août 10, 2011.
100. DGOS. Instruction interministérielle N°DGOS/SG -CIV/PF3/2012/351 du 28 septembre 2012 relative à l'appui apporté aux professionnels de santé porteurs de projets de création de structures pluri professionnelles d'exercice coordonné de soins de premier recours (centres et maisons de santé) en zones urbaines sensibles (ZUS) ou dans les quartiers prioritaires de la ville. sept 28, 2012 p. 9.
101. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape). France: Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003 oct p. 58. Disponible sur:
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619/index.shtml>
102. Le Breton-Lerouillois G. Atlas national de la démographie médicale 2013. Situation au 1er janvier 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013 p. 238. Disponible sur:
<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>
103. Dépinoy D. Maisons de santé : une urgence citoyenne. Santé; 2011.
104. Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Paris: Irdes; 2009 oct. Report No.: 147. Disponible sur:
<http://irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>
105. ASIP. Cahier des charges type pour la mise en place d'un système d'information en maisons et pôles de santé pluri-professionnels et centres de santé polyvalents. 2012. Disponible sur :
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_SI_MCPSP_CdC_Type_V0_3.docx
106. HAS. Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours. Etapes d'élaboration. HAS; 2011 nov p. 14.
107. FFMPs. Questions-réponses relatives aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA). 2012.
108. Ministère de la Santé et des Sports. Circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.
109. DGOS. INSTRUCTION N°DGOS/PF3/2012/ 384 du 12 novembre 2012 relative au guide méthodologique relatif à la circulation, au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients. nov 12, 2012. Disponible sur:
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36122.pdf
110. Direction générale de l'offre de soins. Instruction N° DGOS/PF3/DREES/DMSI/2012/135 du 28 mars 2012 relative à l'enregistrement des maisons de santé dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) et à l'ouverture de l'observatoire des maisons de santé. mars 9, 2012 p. 12.
111. Ministère des affaires sociales et de la santé / DGOS PF3 & USID. Maisons et pôles de santé en fonctionnement au 31 janvier 2013. 2013.

112. Ministère des affaires sociales et de la santé / DGOS PF3 & USID. Maisons et pôles de santé avec ouverture prévue en 2013 ou en 2014 estimation au 31 janvier 2013 : 288 projets. 2013.
113. ARS Poitou-Charentes. Pôles et maisons de santé pluridisciplinaires. Etat d'avancement - Novembre 2012. 2012 nov.
114. Poppelier A. Exercice de la médecine générale: approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2010.
115. Munck S, Zieba Y. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Lyon: ISNAR-IMG; 2011 p. 30.
116. Tcha H. Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Côte d'Armor, 22) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2012.
117. Sarni S. L'exercice en maison de santé pluridisciplinaire vu par les futurs médecins généralistes: étude à partir d'un focus group d'internes effectuant un SASPAS [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
118. Druz J, Esturillo G. Identification des obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soins lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2011. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00619161>
119. Griffond V. Contribution à une démarche de développement de la qualité des soins en maison de santé pluridisciplinaire: étude qualitative au moyen d'indicateurs organisationnels et structurels [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.
120. Morana E. Etude des premiers développements d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire dans une ville de Seine-et-Marne [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2011.
121. Leboube G, Ferry Jean-P, Vuattoux P. Controverses. Les maisons de santé pluridisciplinaires sont-elles l'avenir de la promotion de la santé ? Besançon; 2008 [cité 15 avr 2013]. p. 5.
122. Reid RJ, Coleman K, Johnson EA, Fishman PA, Hsu C, Soman MP, et al. The Group Health Medical Home At Year Two: Cost Savings, Higher Patient Satisfaction, And Less Burnout For Providers. *Health Aff (Millwood)*. 3 mai 2010;29(5):835-843.
123. Bornand L. Étude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
124. Da Cruz N, CHABOT J-M, BOURGUEIL Y, SIMON F. Maisons de santé pluriprofessionnelles : panacée ou miroir aux alouettes ? *Médecins Bull Inf Ordre Natl Médecins*. 2010;(14):11-21.
125. Duru S. Création d'une maison de santé pluridisciplinaire: exemple de Les Pieux dans la Manche [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2011.

126. Serin M. Maison de santé Amandinoise. Paris; 2007.
127. Bras PL. Réorganiser les soins de premier recours: les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. *Prat Organ Soins*. 2011;42(1):27-34.
128. Alami S, Desjeux D. Les méthodes qualitatives. Paris: Presses universitaires de France; 2009.
129. L'enquête et ses méthodes. L'entretien 2e édition - Alain Blanchet, Anne Gotman.
130. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance. *Exerc Rev Française Médecine Générale*. 2009;(87):74-79.
131. Guest G. How Many Interviews Are Enough ? : An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*. 1 févr 2006;18(1):59-82.
132. Mason M. Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res*. 24 août 2010;11(3). Disponible sur: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1428>
133. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». *Exerc Rev Française Médecine Générale*. 2009;(88):106-112.
134. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. [Mémoire]. [Faculté Lyon Nord]; 2004.
135. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
136. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques. Paris: La Découverte; 2010.
137. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin ; 15 mai 2003.
138. Power R. Checklists for improving rigour in qualitative research. *BMJ*. 1 sept 2001;323(7311):514.
139. Altpeter E, Burnand B, Capkun G, Carrel R, Cerutti B, Meusezahl-Feuz M, et al. Essentials of good epidemiological practice. *Soz- Preventivmedizin SPM*. févr 2005;50(1):12-15.
140. Martin C, Grandcolin S, Birault F. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale: enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. [France]: Poitiers; 2012.
141. Lemercier X, Dujoncquoy S. Critères de validité en recherche qualitative. Faculté de médecine de Poitiers; 2013

VII-Annexes

❖ VII.1 Trame d'entretien

Présentation en entrant dans la salle de réunion.

Bonjour,

Je vous remercie d'être présent et de me consacrer un peu de votre temps.

L'entretien d'aujourd'hui fait partie d'une enquête qualitative par entretien semi directif sur les maisons de santé pluri disciplinaires et pôles de santé pour la réalisation de ma thèse de médecine. Notre entretien durera approximativement trente minutes.

Cette enquête a pour but de mettre en évidence les avantages, les points positifs apportés par un tel projet, l'éventualité d'une protection vis-à-vis du burnout, les difficultés et les perspectives de ce type de projet. Pour ceci nous allons réaliser un entretien semi-directif.

Il s'agit d'une méthode d'enquête qualitative, un entretien personnel ou chaque participant parle. Les questions sont ouvertes, il ne faut pas hésiter à rebondir sur les questions, pour faire avancer la réflexion.

C'est pour recueillir votre opinion personnelle en tant qu'acteur dans le développement de ce projet que je suis ici.

Si je vous propose d'enregistrer cet entretien, c'est pour faciliter notre discussion, et éviter des erreurs dans la prise de notes. Cet entretien restera anonyme.

Avez-vous des questions ?

1^{ère} partie : informations « démographiques » (pour diversité du panel seulement)

Initiales et lieu d'exercice

Adresse mail (pour prise de contact seulement, ne fait pas partie du compte-rendu d'entretien)

Age / (Situation familiale (union, enfants))

Mode d'exercice actuel

Nombre d'heure de travail par semaine / Nb de semaines travaillées par an / Nb actes moyen

Participation à d'autres activités professionnelles ou associatives

2^{ème} partie : entretien semi-dirigé autour de « grands thèmes »

- **Cursus**
 - **Quel est votre cursus professionnel ?**
 - **Avant d'arriver dans une maison de santé, quel était votre mode d'exercice et les difficultés rencontrées?**
 - Mode d'exercice (exercice en maison de santé pluriprofessionnelle/ pôle de santé / cabinet de groupe / cabinet seul / salariat)*
 - Les difficultés rencontrées (démographie médicale / épuisement professionnel / charge de travail / organisation)*
- **Exercice en maison de santé pluriprofessionnelle / pôles de santé**
 - **Quelles sont vos motivations pour exercer dans une maison de santé pluri professionnelle ?**
 - Motivations (se libérer du temps personnel / exercice plus confortable / réorganiser sa pratique / travail en équipe)*
 - Attentes (coordination des soins / paramédicaux plus disponibles / soutien dans situations difficiles / réflexion sur pratique / travail pluridisciplinaire et interdisciplinaire)*
 - **Etes-vous l'un des promoteurs de cette maison de santé ou allez vous en être un ?**
 - **Quels sont les professionnels médicaux et paramédicaux constituant votre maison de santé?**
 - **Quelles sont selon vous les avantages obtenus par l'exercice en maison de santé pluri professionnelle ?**
 - (améliorer l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité (permanence des soins, honoraires conventionnés ...) / palier la désertification médicale par une meilleure organisation des parcours de soins / isolement professionnel / amélioration des conditions de travail / burnout / projet de santé / modification du mode de rémunération (NMR, salariat) / collaboration interprofessionnelle (médecins et paramédicaux) / transfert de compétences / mutualisation des moyens administratifs (secrétariat, salle d'urgences, comptabilité) / missions de santé publique / permanence des soins / accueil universitaire / mise place de programmes d'éducation thérapeutique / facilité de participation à des groupes de pairs ou Balint / participation à des activités de recherche / horaires plus souples / cellule de soutien / lieu de soins mieux identifié / meilleures relations avec l'hôpital, ...)*
 - **Pensez-vous que ce mode d'exercice peut pallier à la désertification médicale ?**
 - **Quelles sont les difficultés / inconvénients rencontrés dans l'exercice en maison de santé pluri professionnelle ?**
 - (dépendance (CPAM / Etat / communes) / recrutement d'autres professionnels / conflits entre professionnels / nécessité de compromis / charges financières / administratif / poids du projet à porter (montage immobilier, financier, juridique) / modification de la patientèle ou des pratiques / habitudes)*

- Burnout
 - **Avez-vous été victime de burnout ou vous sentez vulnérable ? Si oui, selon vous, quelles en sont les raisons ?**
 - **Quels sont les facteurs que vous attendez, ressentez ou imaginez comme protecteurs du burnout en maison de santé pluri professionnelle ?**
 - **Pensez vous que l'exercice en maison de santé pluri professionnelle vous apporte(ra) un travail plus agréable ?**
(Epuisement émotionnel / travail éprouvant / fatigue / efforts / frustration / difficultés / stress)
 - **Pensez-vous que l'exercice en maison de santé pluri professionnelle vous amène(ra) à être plus proche de vos patients ou plus investis dans la gestion de leur santé ?**
(Dépersonnalisation / objets / distance / insensible / endurcis / détachement / culpabilité)
 - **Pensez-vous que l'exercice en maison de santé pluri professionnelle vous rend(ra) plus satisfait de votre travail ?**
(Diminution de l'accomplissement professionnel / compréhension / efficacité / influence positive / énergique / atmosphère détendue / satisfaction / vaut la peine / calme)
- Avenir
 - **Quelles sont les perspectives futures, comment voyez-vous l'avenir, vos projets, améliorations à apporter dans le fonctionnement de la maison de santé pluri professionnelle ?**
(nouveaux modes de rémunération / délégation de tâches / consultations dédiées / mission de santé publique sur votre territoire / collaboration avec les élus, les collectivités territoriales, les établissements scolaires, les entreprises, les associations caritatives, ...)
- *Fin d'entretien*
 - **Eléments à ajouter de façon spontanée ? (tribune libre)**
 - **Votre avis sur la trame d'entretien ?**
 - **Remerciements**

3^{ème} partie : évaluation du burnout (sur volontariat seulement)

Questionnaire MBI proposé à la suite de l'entretien à faire en ligne sur invitation par mail. Questionnaire en ligne ici : <http://goo.gl/EnOnr>

❖ VII.2 Caractéristiques des différents médecins interrogés

	Sexe	Âge	Situation familiale	Type d'Exercice	Mode d'exercice actuel	Nb heures de travail / semaine	Semaines de congés	Participation à d'autres activités professionnelles / associatives	Durée de l'entretien	Lieu d'entretien	Éléments perturbateurs pendant l'entretien
A	H	41 ans	marié, 3 enfants	rural	groupe	50 environ	7	enseignement universitaire	45 minutes	cabinet	appel / passage femme de ménage
B	H	58 ans	Marié	rural	maison de santé	environ 45	10 à 12	associations sur le handicap psychique, défense de l'environnement local	34 minutes	domicile du praticien	aucun
C	H	63 ans	divorcé, 3 enfants	semi-rural	maison / pôle de santé	40 environ	10	Asso. Afrique, réseau gérontologique, photo, FFESSM (plongée)	56 minutes	domicile du praticien	appel sur portable / cuisine
D	H	49 ans	marié, 2 enfants	semi-rural	maison / pôle de santé	45 environ	5	aucune	50 minutes	cabinet	aucun
E	H	57 ans	Divorcé, en concubinage	semi-rural	maison / pôle de santé	50 environ	7 à 9	médecin pompier	28 minutes	cabinet	aucun
F	F	34 ans	pacée, 1 enfant	rural	groupe	45 environ	5 à 7	aucune	44 minutes	cabinet	aucun

	Sexe	Âge	Situation familiale	Type d'Exercice	Mode d'exercice actuel	Nb heures de travail / semaine	Semaines de congés	Participation à d'autres activités professionnelles / associatives	Durée de l'entretien	Lieu d'entretien	Éléments perturbateurs pendant l'entretien
G	H	58 ans	Marié	semi-rural	maison de santé	30 environ	6	formateur, Président association	36 minutes	par l'intermédiaire du logiciel Skype	aucun
H	H	65 ans	Marié	semi-rural	maison / pôle de santé	55	4	intervenant en toxicomanie, garde de médecin généraliste salarié de l'hôpital local	43 minutes	cabinet	aucun
I	H	55 ans	marié, 2 enfants	urbain	seul	60 environ	4	groupe de pairs, séminaires, club philosophique, rugby	37 minutes	cabinet	aucun
J	H	33 ans	en couple, pas d'enfant	semi-rural	groupe	35 environ	3 à 6	chef de clinique	50 minutes	faculté	aucun
K	F	59 ans	Mariée	semi-rural	maison de santé	50	10	FMC, groupe de pair, médecin agréé, enseignant de médecine générale	24 minutes	cabinet	aucun

	Sexe	Âge	Situation familiale	Type d'Exercice	Mode d'exercice actuel	Nb heures de travail / semaine	Semaines de congés	Participation à d'autres activités professionnelles / associatives	Durée de l'entretien	Lieu d'entretien	Éléments perturbateurs pendant l'entretien
L	H	60 ans	Marié	semi-rural	maison de santé	mi temps	7 à 8	Enseignement, commission départementale, expertises, GDP	30 minutes	cabinet	aucun
M	F	57 ans	Marié	semi-rural	maison de santé	50	6	je m'occupe d'un club de gymnastique	13 minutes	cabinet	aucun
N	H	55 ans	Marié	semi-rural	maison de santé	55	4	Non	20 minutes	cabinet	aucun
O	H	59 ans	Marié	semi-rural	maison de santé	72	7	médecin salarié dans une IME (institut médico-éducatif)	28 minutes	cabinet	1 coup de téléphone de la secrétaire
P	H	30 ans	Marié, 2 enfants	semi-rural	maison de santé	45	8	Formations, colloques, MSU	26 minutes	cabinet	aucun
Q	Femme	59 ans	Mariée, 3 enfants	rural	seul	65	9	médecin pompier, IME, foot, festival	50 minutes	communauté de communes	présence initiale président de la com. de communes

❖ **VII.3 Invitation / relance pour compléter le questionnaire MBI**

Bonjour,

Vous venez de participer à un entretien semi-directif en rapport avec deux thèses de médecine générale ayant pour centres d'intérêts les maisons de santé pluridisciplinaires et le burnout.

Comme évoqué au terme de l'entretien, nous vous invitons à remplir en ligne une auto-évaluation de votre niveau de burnout actuel afin de le mettre en relation avec vos propos recueillis.

Il s'agit d'un court questionnaire en ligne, personnel et anonyme, basé sur le MBI de Maslach (outil de mesure validé et reconnu pour l'évaluation du burnout) par le biais de réponses à choix multiples.

Si vous êtes d'accord pour y répondre, merci de suivre le lien suivant :

<http://goo.gl/EnOnr>

Si vous ne souhaitez pas répondre à ce questionnaire, merci de nous le signaler par retour de mail afin de ne pas vous relancer inutilement.

Nous vous remerciant une nouvelle fois pour l'intérêt accordé à nos travaux.

Cordialement.

F.DIDIER et P.MIGNE

❖ **VII.4 Invitation à vérifier la retranscription**

Bonjour,

Suite à l'entretien mené pour les thèses de médecine générale abordant les thèmes maisons de santé pluridisciplinaires et burnout, nous vous adressons la retranscription écrite de l'intégralité de l'entretien dans le but de vous en faire confirmer la forme et le contenu.

Ceci s'inscrit dans un objectif de transparence et de qualité de notre méthodologie.

Nous vous invitons donc à lire cette retranscription et à nous faire parvenir dans un délai d'une semaine vos corrections ou remarques.

Merci encore une fois pour l'intérêt accordé à nos travaux.

Cordialement.

F.DIDIER et P.MIGNE

❖ VII.5 Questionnaire burnout en ligne

Questionnaire à remplir à la suite de l'entretien auquel vous avez participé concernant les thèses "Maisons de santé pluridisciplinaires comme moyen de prévention du Burnout" (F.DIDIER) et "Avantages à exercer dans une maison de santé pluridisciplinaire ou un pôle de santé pour un médecin généraliste" (P.MIGNE). Questionnaire basé sur le MBI (Maslach burnout Inventory) d'après MASLACH C., JACKSON S.E. & LEITER M.P. *The Maslach Burnout Inventory* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1996.

*Champ obligatoire

Date de l'entretien *

(Permet d'anonymiser votre réponse au questionnaire tout en permettant de faire le lien avec l'entretien)

Initiales (Format PN : P pour Prénom et N pour Nom) *

(Permet d'anonymiser votre réponse au questionnaire tout en permettant de faire le lien avec l'entretien)

Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail *

(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail *

(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail *

(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent *

(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets *

(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort *

(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients *

(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je sens que je craque à cause de mon travail *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je me sens plein(e) d'énergie *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je me sens frustré(e) par mon travail *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail *
(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je me sens au bout du rouleau *

(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement *

(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes *

(Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour)

Je souhaite recevoir par retour de mail le résultat de mon auto-évaluation en ligne du Burnout *

Oui Non

Le questionnaire est terminé. Merci de l'avoir rempli. Vous pouvez rajouter ici vos idées, remarques, commentaires, réflexions, ... Tribune libre !

❖ **VII.6 Entretiens complets et VII.7 Résultats complets au questionnaire en ligne**

Afin de ne pas alourdir le contenu de la thèse mais de garantir un accès complet à l'ensemble des éléments issus des entretiens, les retranscriptions complètes des verbatims de cette étude et la grille de réponse au questionnaire en ligne (MBI) sont jointes sur CD-ROM en 3^{ème} de couverture de cette thèse.

❖ VII.8 Résumé des recommandations

Montage du projet

- Cohérence démographique vis-à-vis du lieu d'installation de la structure.
- Pilotage du projet (ARS) : contrôle des coûts, subventions, aides.
- Locaux imaginés et conçus avec les professionnels de santé. Taille modérée de la structure, échelle « humaine ».
- Choix et installation du matériel sous expertise/pilotage (ARS/ASIP).
- Neutralité de l'espace de travail si bureaux partagés.

Composantes administratives

- Secrétariat physique adapté à la structure. Formation des secrétaires adaptée aux maisons de santé et des professionnels de santé à la délégation administrative.
- Constitution d'une SISA. Gestionnaire administratif de la maison de santé.
- Répartition des charges +/- des subventions.

Travail en équipe

- Entretenir le travail en équipe, dynamisme d'équipe, bonne ambiance de travail. Sensibiliser l'équipe au burnout.
- Coopération interprofessionnelle encouragée, formations dédiées.
- Relations d'égal à égal entre les différents professionnels de santé, pas de rapport d'autorité, indépendance de chacun.
- Management d'équipe par un leader. Formation à cette fonction.
- Réunions d'équipe régulières pour évoquer les difficultés de chacun.

Exercice médical

- Activité de soins placée au cœur de l'exercice.
- Charge de travail contrôlée et répartie équitablement avec une cohérence globale.
- Horaires balisés, souples, raisonnables, selon volontés d'exercice de chacun ; Cohérence globale de l'offre de soins ; Permanence des soins efficace.
- Dossiers médicaux des patients informatisés, complétés rigoureusement, pratiques, efficaces et mutualisables entre professionnels.
- Durée de consultation d'environ 20 minutes. Participer à l'accueil universitaire.
- FMC facilitée, encouragée +/- organisée au sein de la structure selon besoins locaux.
- Participer à la régulation médicale et aux gardes afin de les pérenniser.
- Recours aux remplacements. Viser l'attractivité vis-à-vis de confrères ou successeurs.
- Nouveaux modes de rémunération utilisés et promus. Exercice salarié si souhaité.

Rapport au patient

- Education des patients à leurs maladies, leur santé ; sensibilisation à la santé publique.
- Relation thérapeutique et distance médecin-patient adaptées. Partage de patientèle.

Investissement personnel

- Libérer du temps pour soi et sa famille.
- Stimulation personnelle et soutien psychologique par l'équipe et la structure ; Surveillance confraternelle.
- Niveau d'épuisement professionnel évalué régulièrement (MBI).
- Lutte contre l'hyperinvestissement ; Fixer des limites à l'amplitude de son travail.
- Gestion facilitée des problématiques personnelles grâce à la structure et à l'équipe.

Résumé

Introduction : Les soins primaires rencontrent depuis plusieurs années de nombreuses difficultés. L'épuisement professionnel (ou burnout) des médecins généralistes, en tant que cause, et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), en tant que solution y paraissent étroitement liés. Ce mode d'exercice, majoritairement mis en avant et plébiscité, est par ailleurs retrouvé par certains travaux comme un élément protecteur du burnout.

Objectif : Le but de ce travail était d'identifier les facteurs effectivement protecteurs du burnout obtenus par l'exercice en MSP, ainsi que les éléments limitant cette protection.

Méthode : Nous avons mené dans ce but, de février à juillet 2013, des entretiens individuels semi-directifs, auprès d'un échantillon diversifié de médecins généralistes exerçant déjà en MSP, ou ayant le projet concret d'en rejoindre une. Les questions portaient sur les attentes ou le vécu des médecins concernant leur exercice en MSP et leur exposition au risque de burnout. Une analyse thématique triangulée était réalisée afin de traiter les données issues des verbatims. La saturation a été atteinte au dix-septième entretien.

Résultats : Les MSP étaient majoritairement perçues comme bénéfiques vis-à-vis du burnout, avec de nombreux facteurs de protection mis en avant : amélioration des pratiques et de l'organisation, travail en équipe, confort de vie, dynamisme, durée de consultation allongée, bénéfice personnel psychologique... Mais d'autres éléments, inhérents à ce mode d'exercice et ressortant de façon inattendue par leur nombre et leur importance, exposaient de leur côté à un risque accru de burnout : absence de bénéfice, pour certaines structures, concernant les horaires ou la charge de travail, conflits humains, lourdeurs structurelle et administrative, manque de formation ou d'aide, coopération difficile, etc.

Conclusion : Les MSP ne constituent donc pas un élément protecteur du burnout en soi, mais un moyen de regrouper une foule de facteurs protecteurs, que nous proposons d'encadrer par une série de recommandations afin d'optimiser et de pérenniser le bénéfice constaté vis-à-vis du burnout, tout en évitant les facteurs de risque avancés par nos résultats. Ces recommandations s'articulent en six axes principaux : montage du projet ; composantes administratives ; travail en équipe ; exercice médical ; rapport au patient ; investissement personnel.

Mots clés

Médecine générale ; Burnout ; Epuisement professionnel ; Maison de santé pluriprofessionnelle ; Recommandations



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne 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. 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 !



Résumé

Introduction : Les soins primaires rencontrent depuis plusieurs années de nombreuses difficultés. L'épuisement professionnel (ou burnout) des médecins généralistes, en tant que cause, et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), en tant que solution y paraissent étroitement liés. Ce mode d'exercice, majoritairement mis en avant et plébiscité, est par ailleurs retrouvé par certains travaux comme un élément protecteur du burnout.

Objectif : Le but de ce travail était d'identifier les facteurs effectivement protecteurs du burnout obtenus par l'exercice en MSP, ainsi que les éléments limitant cette protection.

Méthode : Nous avons mené dans ce but, de février à juillet 2013, des entretiens individuels semi-directifs, auprès d'un échantillon diversifié de médecins généralistes exerçant déjà en MSP, ou ayant le projet concret d'en rejoindre une. Les questions portaient sur les attentes ou le vécu des médecins concernant leur exercice en MSP et leur exposition au risque de burnout. Une analyse thématique triangulée était réalisée afin de traiter les données issues des verbatims. La saturation a été atteinte au dix-septième entretien.

Résultats : Les MSP étaient majoritairement perçues comme bénéfiques vis-à-vis du burnout, avec de nombreux facteurs de protection mis en avant : amélioration des pratiques et de l'organisation, travail en équipe, confort de vie, dynamisme, durée de consultation allongée, bénéfice personnel psychologique... Mais d'autres éléments, inhérents à ce mode d'exercice et ressortant de façon inattendue par leur nombre et leur importance, exposaient de leur côté à un risque accru de burnout : absence de bénéfice, pour certaines structures, concernant les horaires ou la charge de travail, conflits humains, lourdeurs structurelle et administrative, manque de formation ou d'aide, coopération difficile, etc.

Conclusion : Les MSP ne constituent donc pas un élément protecteur du burnout en soi, mais un moyen de regrouper une foule de facteurs protecteurs, que nous proposons d'encadrer par une série de recommandations afin d'optimiser et de pérenniser le bénéfice constaté vis-à-vis du burnout, tout en évitant les facteurs de risque avancés par nos résultats. Ces recommandations s'articulent en six axes principaux : montage du projet ; composantes administratives ; travail en équipe ; exercice médical ; rapport au patient ; investissement personnel.

Mots clés

Médecine générale ; Burnout ; Epuisement professionnel ; Maison de santé pluriprofessionnelle ; Recommandations