Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

Thèse n°

ANNEE 2016

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

présentée et soutenue publiquement
le 25 janvier 2016 à Poitiers
par Marie GUILLEMOT-LEQUIPE née GUILLEMOT

Une installation en maison de santé pluridisciplinaire est-elle protectrice contre le burn-out?

Etude du lien entre mode d'installation, score d'accomplissement personnel du Maslach Burnout Inventory, et facteurs de risque ou protecteurs de burn-out.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres :
Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Monsieur le Docteur Eric BEN-BRIK
Monsieur le Docteur Stéphane BOUGES

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François Birault, Professeur associé de Médecine Générale

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie **(jusqu'au 31/10/2015)**
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT, Doyen de la Faculté de Médecine de Poitiers, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger cette thèse. Merci pour votre disponibilité. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir ma profonde reconnaissance et tout mon respect.

A Monsieur le Docteur Eric BEN-BRIK, Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez recevoir tout mon respect et ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Stéphane BOUGES
Merci pour l'intérêt que vous portez à ce sujet et à ce travail. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon respect.

A Monsieur le Professeur François BIRAULT, Professeur Associé de Médecine Générale
Vous avez accepté de diriger ce travail. Merci pour votre intérêt pour ce sujet, votre aide, votre patience et vos idées profuses mais toujours pertinentes. Veuillez recevoir toute mon estime et ma profonde reconnaissance.

A tous les médecins ayant accepté de répondre au questionnaire en ligne.
Merci d'avoir consacré quelques minutes de votre temps à ce sujet. Veuillez recevoir ma sincère gratitude.

A Mme Sylvie COUSIN de l'Union Régionale des Professionnels de Santé de Poitou-Charentes
Merci d'avoir permis les envois de questionnaire, pour votre professionnalisme et votre patience. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

A Emmanuelle et Astrid
Merci de m'avoir ouvert les portes de la santé publique et de la biostatistique, merci de votre patience, du temps consacré et tout simplement d'avoir rendu tout ça possible !

A Johan
Merci d'être un mari aimant, patient, qui me donne confiance en moi et en l'avenir, depuis toutes ces années…et un formidable co-parent depuis plus récemment. Merci pour notre jolie famille qui me rend un peu plus heureuse chaque jour.

A Marcus, mon fils
Cette thèse, c'est ta venue qui m'a décidée à la finir pour de bon. Merci d'illuminer nos journées (et de rythmer nos nuits) et de nous faire découvrir jour après jour le bonheur d'être parents.

A mes parents
Pour l'amour et le soutien qu'ils m'apportent depuis le début. Merci de m'avoir accompagnée à chaque marche de l'escalier (promis, cette fois-ci on est sur le seuil !)

A Cécile
Pour les fous rires, les bons moments et ceux de doute que nous avons partagé au fil des années.

A l'équipe de la péniche :
Vincent, pour son avis masculin toujours pertinent…pour être là dans les moments drôles comme dans les coups durs (et pour les 4 kgs de D4 à coups de Mc Donald).
Elise, pour le rendre aussi heureux et pour ta bonne humeur et ton sang-froid à toute épreuve.
Adrien et Sonia, pour les instants partagés ensemble et ceux à venir.

A Aurélie, Joana, Annaëlle
Pour les années médecine passées à avancer ensemble, à travers premiers stages, ECN, vie d'internes puis de jeunes médecins, et pour tout le reste à côté.

A mes grands-parents et à la famille Petipas
Pour garder toujours leur porte ouverte.

A la famille Léquipé
Merci pour votre accueil chaleureux et votre bruyante joie de vivre.

A Anne-Sophie
Pour notre vision partagée de la médecine, et depuis peu ses conseils et sa bienveillance dans ma découverte du monde des jeunes mamans.

Au Dr Sandra Peignon
Merci pour ta confiance, et d'avoir été pour moi un véritable mentor et modèle que ce soit dans la vie professionnelle ou personnelle.

Au Dr Samuel Evina
Pour m'avoir toujours aidée à prendre du recul dans les moments où cela devenait nécessaire.

Aux Drs Jean-Claude Sergeat et Daniel Schneider
Merci de m'avoir donné envie de faire ce métier.

SOMMAIRE

INTRODUCTION …… p.12

1. **Le syndrome d'épuisement professionnel ou « burn-out »** ……. p.12
   1.1. Définition et mesure…….. p.12
   1.2. Prévalence du burn-out ……... p.13
   1.3. Facteurs de risque et facteurs protecteurs ……. p.14
      1.3.1. Facteurs intra-individuels …… p.14
         1.3.1.1. Sexe……... p.14
         1.3.1.2. Age ……..… p.14
         1.3.1.3. Situation familiale…… p.14
         1.3.1.4. Personnalité et capacités d'adaptation ……. p.15
            1.3.1.4.1. Personnalité …… p.15
            1.3.1.4.2. Stratégies de coping …… p.15
            1.3.1.4.3. Consommation de toxiques…… p.17
      1.3.2. Facteurs organisationnels …… p.17
         1.3.2.1. Lieu et type d'exercice…… p.17
         1.3.2.2. Organisation de la vie professionnelle……. p.18
            1.3.2.2.1. Charge de travail …… p.18
            1.3.2.2.2. Irrégularité des horaires et gardes …….. p.18
            1.3.2.2.3. Charges administratives et secrétariat …… p.19
            1.3.2.2.4. Engagement professionnel…… p.19
            1.3.2.2.5. Organisation de la vie personnelle …….. p.20
            1.3.2.2.6. Temps de repos et congés……. p.20
            1.3.2.2.7. Conflit travail-famille ……... p.20
      1.3.3. Facteurs inter-individuels …… p.21
         1.3.3.1. Rapports confraternels …….. p.21
            1.3.3.1.1. Travail en équipe …….. p.21
            1.3.3.1.2. Groupes Balint …….. p.22
         1.3.3.2. Rapports aux patients …… p.22
   1.4. Démographie médicale et retentissement du burn-out sur l'offre de soins …… p.23
      1.4.1. Etat des lieux ……..…….. p.23
      1.4.2. Retentissement du burn-out…….. p.23

2. **Maisons de Santé Pluridisciplinaires……** p.24
   2.1. Définition et réglementation …… p.24
   2.2. Etat des lieux ……. p.26
      2.2.1. Au niveau national …… p.26
      2.2.2. En Poitou-Charentes ……. p.27
   2.3. Avantages à exercer en maison de santé …… p.28
      2.3.1. Meilleures conditions de travail …… p.28
      2.3.2. Meilleure qualité de vie ……. p.28
3. Problématique et question de recherche ……. p.28
4. Objectifs de l'étude …….. p.29
5. Hypothèses de recherche…… p.30

MATERIEL ET METHODES…… p.31

1. **Recherche bibliographique** …….. p.31
   1.1. Outils employés …….. p.31
      1.1.1. Moteurs de recherche …….. p.31
      1.1.2. Bases de données en ligne ……. p.31
      1.1.3. Littérature « grise » ……. p.31
   1.2 Mots clés …… p.31
      1.2.1 Mots-clés en français …….. p.31
      1.2.2 Mots-clés en anglais.. ……. p.31

2. **Méthodes** ……. p.32
   2.1. Type d'étude ……. p.32
   2.2. Population étudiée …… p.32
      2.2.1. Critères d'inclusion…….. p.32
      2.2.2. Mode de recrutement des sujets …….. p.32
   2.3 Déroulement de l'étude…… p.32
      2.3.1 Durée de l'étude …… p.32
      2.3.2 Questionnaire …… p.33
         2.3.2.1 Elaboration du questionnaire……. p.33
         2.3.2.2 Questionnaire définitif …… p.34
   2.4. Méthodologie statistique …… p.36
      2.4.1 Traitement des données…… p.36
      2.4.2 Statistiques descriptives…… p.39
      2.4.3 Statistiques analytiques …… p.39
         2.4.3.1 Variables qualitatives ……. p.39
         2.4.3.2 Variables quantitatives …….. p.39

RESULTATS…… p.40

Statistiques descriptives ……. p.40

1. **Répondants** …… p.40
   1.1. 1er envoi …… p.40
   1.2. 2e envoi…….. p.40
   1.3. 3e envoi ……. p.40

2. **Analyse descriptive des primo-répondants aux 3 questionnaires** ….. p.42
   2.1. **Score d'accomplissement personnel** ……... p.42

   2.2. **Facteurs intra-individuels**…… p.43
      2.2.1. Caractéristiques socio-démographiques …… p.43
      2.2.2. Stratégies de coping…….. p.45
      2.2.3. Facteurs intra-individuels : résumé…….. p.62

   2.3. **Facteurs organisationnels** ……. p.63
      2.3.1. Durée d'installation…… p.63

2.3.2. Nombre de médecins…… p.63
2.3.3. Secteur d'installation…… p.64
2.3.4. Organisation de la vie professionnelle …… p.65
2.3.4.1. Charge de travail …… p.65
2.3.4.1.1. Volume …… p.65
2.3.4.1.2. Visites à domicile…… p.66
2.3.4.1.3. Patients en fin de vie …… p.66
2.3.4.2. Irrégularité des horaires et gardes…….. p.67
2.3.4.3. Charge administrative et secrétariat…… p.68
2.3.4.4. Engagement professionnel …….. p.69
2.3.4.5. Facteurs organisationnels (vie professionnelle) : résumé p.70
2.3.5. Organisation de la vie personnelle …… p.72
2.3.5.1. Temps de congés …….. p.72
2.3.5.2. Interférence travail-famille, disponibilité pour ses enfants p.73
2.3.5.3. Facteurs organisationnels (vie personnelle) : résumé …. p.76

2.4. **Facteurs inter-individuels** …….. p.77
2.4.1. Réunions de concertation pluridisciplinaire…… p.77
2.4.2. Concertation informelle …… p.77
2.4.2.1. Avec confrères médicaux …… p.77
2.4.2.2. Avec confrères paramédicaux ……. p.77
2.4.3. Groupes Balint …… p.78
2.4.4. Relations avec les collègues …….. p.79
2.4.5. Facteurs inter-individuels : résumé ……. p.81

2.5. **En résumé** …… p.82

3. **Analyse descriptive des répondants à plusieurs questionnaires……** p.84
3.1. **Répondants** ……. p.84

3.2. **Score d'accomplissement personnel** ……... p.85

3.3. **Facteurs intra-individuels** …… p.86
3.3.1. Caractéristiques socio-démographiques …… p.86
3.3.1.1. Sexe et âge ……. p.86
3.3.1.2. Situation familiale ……... p.87
3.3.2. Stratégies de coping …… p.89
3.3.3. Facteurs intra-individuels : résumé…….. p.96

3.4. **Facteurs organisationnels** ……. p.97
3.4.1. Durée d'installation…… p.97
3.4.2. Nombre de médecins …… p.98
3.4.3. Secteur d'installation……. p.100
3.4.4. Organisation de la vie professionnelle ……... p.100
3.4.4.1. Charge de travail …… p.100
3.4.4.1.1. Volume ……. p.100
3.4.4.1.2. Visites à domicile …… p.104
3.4.4.1.3. Patients en fin de vie …… p.104
3.4.4.2. Irrégularité des horaires et gardes …….. p.106
3.4.4.2.1. Irrégularité des horaires …… p.106

3.4.4.2.2. Gardes …… p.107
3.4.4.2.3. Repos compensateur…… p.108
3.4.4.3. Charge administrative et secrétariat ……... p.109
3.4.4.4. Engagement professionnel …….. p.110
3.4.4.5. Facteurs organisationnels (vie professionnelle) : résumé p.111
3.4.5. Organisation de la vie personnelle ……. p.112
3.4.5.1. Temps de congés …….. p.112
3.4.5.1.1. Jours de vacances ……. p.112
3.4.5.1.2. Semaines de vacances ……. p.113
3.4.5.2. Interférence travail-famille, disponibilité pour ses enfants p.115
3.4.5.3. Facteurs organisationnels (vie personnelle) : résumé …. p.117

3.5. **Facteurs inter-individuels** ……..... p.119
3.5.1. Réunions de concertation pluridisciplinaire…… p.119
3.5.2. Concertation informelle …… p.119
3.5.3. Groupes Balint …… p.120
3.5.4. Relations avec les collègues …… p.120
3.5.5. Facteurs inter-individuels : résumé …… p.121

3.6. **En résumé** …….. p.122

Statistiques analytiques …… p.124

1. **Rappel des objectifs de l'étude** ……. p.124

2. **Objectif principal : étude du lien entre le score d'accomplissement personnel du MBI et le mode d'installation** ……... p.124
2.1. **Lien entre le mode d'installation et les facteurs intra-individuels** p.124
2.1.1. Sexe ……. p.124
2.1.2. Age ……... p.124
2.1.3. Situation familiale …… p.125
2.1.4. Nombre d'enfants à la maison …….. p.125
2.1.5. Nombre d'enfants de moins de 6 ans à la maison ……. p.125
2.1.6. Stratégies de coping …… p.126
2.1.6.1. Stratégies positives …….. p.126
2.1.6.1.1. Coping actif …… p.126
2.1.6.1.2. Recherche de soutien émotionnel ……. p.126
2.1.6.1.3. Religion …… p.127
2.1.6.1.4. Acceptation ……. p.127
2.1.6.1.5. Recherche de soutien instrumental …… p.127
2.1.6.1.6. Positiver …….. p.127
2.1.6.1.7. Planifier…… p.128
2.1.6.1.8. Humour…… p.128
2.1.6.2. Stratégies négatives ……. p.129
2.1.6.2.1. Evitement ……. p.129
2.1.6.2.2. Déni …….. p.129
2.1.6.2.3. Prise de substances …….. p.129
2.1.6.2.4. Renonciation ……... p.130
2.1.6.2.5. Extériorisation ……. p.130
2.1.6.2.6. Culpabilité …… p.130

2.1.7. **Résumé des liens entre mode d'installation et facteurs intra-individuels** …….. p.131

2.2. **Lien entre le mode d'installation et les facteurs organisationnels** …… p.133
2.2.1. Durée d'installation …… p.133
2.2.2. Nombre de médecins …… p.133
2.2.3. Secteur d'installation…….. p.133
2.2.4. Organisation de la vie professionnelle ……... p.133
2.2.4.1. Charge de travail…… p.133
2.2.4.2. Irrégularité des horaires et gardes …….. p.136
2.2.4.3. Charge administrative et secrétariat…… p.137
2.2.4.4. Engagement professionnel …….. p.138
2.2.5. Organisation de la vie personnelle…….. p.139
2.2.5.1. Temps de congés ……. p.139
2.2.5.2. Interférence travail-famille, disponibilité pour ses enfants p.140
2.2.6. **Résumé des liens entre mode d'installation et facteurs organisationnels** ……. p.142

2.3. **Lien entre le mode d'installation et les facteurs inter-individuels** p.144
2.3.1. Réunions de concertation pluridisciplinaire…… p.144
2.3.2. Concertation informelle …… p.144
2.3.2.1. Avec confrères médicaux …… p.144
2.3.2.2. Avec confrères paramédicaux …… p.144
2.3.3. Groupes Balint …… p.145
2.3.4. Relations avec les collègues …… p.145
2.3.5. **Résumé des liens entre mode d'installation et facteurs inter-individuels**……... p.146

3. **Objectif secondaire : étude de la stabilité de ces liens dans le temps** …… p.147

DISCUSSION …… p.148

1. **Limites et biais de l'étude** …….. p.148
1.1. Discussion de la méthodologie …….. p.148
1.1.1. Biais liés au mode de recueil des données ……... p.148
1.1.2. Biais liés à l'outil ……. p.149
1.1.3. Biais liés à l'analyse des données …….. p.150
1.2. Discussion des résultats ……. p.151

2. **Interprétation des résultats et comparaison à la littérature……...** p.151
2.1. Objectif principal …….. p.151
2.1.1. Lien entre score d'accomplissement personnel et mode d'installation…….. p.152
2.1.2. Lien entre le mode d'installation et facteurs de Truchot …… p.152
2.1.2.1. Mode d'installation et facteurs intra-individuels …… p.152
2.1.2.1.1. Données socio-démographiques ……. p.152
2.1.2.1.2. Stratégies de coping …….. p.153

2.1.2.2. Mode d'installation et facteurs organisationnels ……. p.154
2.1.2.2.1. Généralités…….. p.154
2.1.2.2.2. Organisation de la vie professionnelle …… p.154
2.1.2.2.3. Organisation de la vie personnelle …….. p.157
2.1.2.3. Mode d'installation et facteurs inter-individuels…… p.158
2.2. Objectif secondaire …….. p.158

3. **Perspectives**…….. p.159
3.1. Liées aux médecins et à leurs conditions d'exercice ……. p.159
3.2. Liées à l'étude ……. p.159

CONCLUSION …….. p.161

BIBLIOGRAPHIE …….. p.162

ANNEXES……... p.169
1. Annexe1 : Maslach Burnout Inventory…….. p.169
2. Annexe 2 : Brief Cope Inventory…… p.171
3. Annexe 3 : Invitations à répondre aux questionnaires et relances……. p.172
3.1 Invitation à répondre au 1er questionnaire……. p.172
3.2 Invitation à répondre au 2e questionnaire …… p.173
3.3 Relance au 2e questionnaire …….. p.174
3.4 Invitation à répondre au 3e questionnaire …… p.175
4. Annexe 4 : Questionnaire en ligne …… p.176

RESUME …… p.181

SERMENT D'HIPPOCRATE …….. p.182

INTRODUCTION

1. Le syndrome d'épuisement professionnel ou « burn-out »

1.1 Définition et mesure

L'organisme, lorsqu'il est soumis à un événement perçu comme étant une source de stress, répond en passant par trois phases physiologiques : une phase d'alarme, une phase d'adaptation et de résistance, puis une phase d'épuisement. Quand cette exposition à une situation stressante devient chronique, la réponse cesse d'être physiologique et devient alors pathologique et délétère pour la santé de l'individu (1).

Le psychanalyste Herbert Freudenberger a introduit pour la première fois en 1974 le terme de « burn-out syndrome » : un état de fatigue ou de frustration lié au dévouement à une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas répondu aux attentes, causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources. Freundenberger mentionnait alors que cette pathologie était plus fréquemment retrouvée dans les professions d'aide où les sujets étaient en perpétuelle confrontation à la maladie et la douleur, que ce soit physique ou psychique : les professions de santé étaient déjà les plus touchées par cette pathologie.

Maslach, en 1976, a décrit une « incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement au travail ».

Maslach et Jackson, en 1982, ont mis en évidence la structure tridimensionnelle du burn-out, en le définissant comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement dans l'autrui » (2) (3) (4).

L'épuisement émotionnel représente la dimension basique du stress dans le burn-out : le sujet se sent vidé, épuisé, a du mal à affronter chaque nouvelle journée. Cette dimension est la plus sensible aux conditions de travail, en particulier la charge de travail.

La dépersonnalisation représente la dimension interpersonnelle du burn-out. Il s'agit d'une réponse maladaptée d'autoprotection face aux éléments stresseurs, souvent liée à une perte des idéaux : en cherchant à se détacher de la situation, le sujet met progressivement une barrière qui l'isole de ses patients, le conduisant à traiter ces derniers de façon impersonnelle, cynique, voire à une déshumanisation.

La perte d'accomplissement personnel correspond à une diminution de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité, le sujet se sentant incapable de répondre aux demandes de son travail. Ce sentiment est exacerbé par un manque de soutien social.

Dans le but de mesurer ces trois composantes, Maslach et Jackson ont élaboré en 1986 un outil de mesure du burnout : le MBI, Maslach Burnout Inventory. Il s'agit d'un questionnaire en 22 items (annexe 1), chaque item étant en rapport avec une des composantes (9 items pour l'épuisement émotionnel, 5 items pour la dépersonnalisation, 8 items pour l'accomplissement personnel) et quantifié par la

fréquence de survenue de ce qui est décrit à chaque item : jamais, quelques fois par an, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine et chaque jour. Cette fréquence de survenue est ensuite quantifiée de 0 à 6, et un score est établi pour chacune de ces 3 composantes : bas, moyen ou élevé. En fonction du nombre de dimensions atteintes, on distingue des stades de gravité. Le degré de burnout est alors dit faible si une seule des composantes a un score élevé, moyen si deux composantes ont un score élevé et élevé si les trois composantes sont pathologiques.

1.2 Prévalence du burn-out

Le burn-out est une pathologie désormais reconnue dans plusieurs professions (notamment les professions médicales) et quantifiable par une échelle de mesure standardisée. De ce fait, de nombreux auteurs ont étudié la prévalence du burn-out chez les médecins généralistes, et les résultats sont alarmants.

L'étude EGPRN (5) menée auprès des médecins généralistes de 12 pays européens retrouve une prévalence du burn-out élevé (3 composantes pathologiques) de 12%. Dans cette même étude, 43% des répondants avaient un score d'épuisement émotionnel élevé, 35% un score de dépersonnalisation élevé, et 32% un score bas d'accomplissement personnel.

En France, des études ont été menées pour évaluer la prévalence du burn-out chez les médecins généralistes : une prévalence de 50% a souvent été retrouvée. Ce phénomène a été étudié par plusieurs URML (Union Régionale des Médecins Libéraux), dont 3 par le Pr Truchot, professeur de psychologie sociale du travail et de la santé à l'université de Franche-Comté. Une première étude a été menée en 2001 en Bourgogne auprès de 394 médecins libéraux : 47,2% avaient un score d'épuisement émotionnel élevé, 32,8% un score de dépersonnalisation élevé, et 41,4% un score bas d'accomplissement personnel (6). Une deuxième étude menée en Champagne-Ardenne en 2002 relève chez les 408 médecins libéraux ayant répondu un score d'épuisement émotionnel élevé pour 42,3% d'entre eux, un score de dépersonnalisation élevé pour 44,5%, et un score bas d'accomplissement personnel pour 31,5% d'entre eux (7). La troisième étude, menée en 2004 en Poitou-Charentes, retrouvait 34% des médecins généralistes avec un score d'épuisement émotionnel élevé, 40% avec un score de dépersonnalisation élevé, et 44% avec un score bas d'accomplissement personnel (8). Les chiffres entre les différentes régions sont donc similaires, hormis une tendance plus marquée à la perte d'accomplissement personnel qu'à l'atteinte des deux autres composantes chez les médecins de Poitou-Charentes, contrairement aux médecins des régions de Bourgogne et de Champagne-Ardenne, chez qui la composante « accomplissement personnel » est la moins atteinte des trois.

Une autre enquête menée par la Commission Prévention et Santé Publique de l'URML Ile-de-France en 2007 (qui n'a pas utilisé le Maslach Burnout Inventory, contrairement aux trois études sus-citées), rapporte que parmi les 2243 médecins interrogés, 53% se déclarent spontanément menacés par le burn-out (9).

1.3 Facteurs de risque et facteurs protecteurs

Au cours de différentes études, plusieurs facteurs ont été établis comme étant des facteurs favorisant la survenue de l'épuisement professionnel, et d'autres comme étant protecteurs. Le Pr Truchot, en 2004 (10), répertoriait 3 types de facteurs de risque et facteurs protecteurs : intra-individuels, organisationnels et inter-individuels. Les résultats des études sont assez discordants concernant la part d'implication de chaque facteur dans la survenue du burn-out, mais les facteurs retrouvés sont souvent les mêmes.

1.3.1 Facteurs intra-individuels

1.3.1.1 Sexe

Les hommes semblent être les plus exposés au risque de burn-out, comme le mettent en évidence différentes études dont celle de l'EGPRN, réalisée dans 12 pays européens (5) (11) (12) (13). Les composantes atteintes diffèrent en fonction du sexe : les hommes seraient plus touchés par la dépersonnalisation (5) (14) (15) et les femmes par l'épuisement émotionnel (10).

1.3.1.2 Age

Le jeune âge du médecin généraliste est reconnu comme facteur de risque de burn-out (6). Michel Delbrouck, dans ses ouvrages, affirme également que le fait d'être âgé de moins de 30 ans est un facteur prédictif de burnout (16), et que l'arrêt de la profession survient dans 30% des cas après 5 ans de pratique (4). Une étude parue dans le Lancet en 2009 affirme que les jeunes médecins ont presque deux fois plus de risque de burn-out que leurs collègues plus âgés (17).

Plusieurs études ont d'ailleurs mis en évidence la survenue précoce du burn-out au cours des années d'internat des médecins (18). Une étude réalisée par le Pr Eric Galam a montré que sur 4050 internes en médecine générale, 24,1% avaient un score de burn-out moyen, et 6,5% un score de burn-out élevé (19).

Néanmoins, d'autres auteurs attribuent une période à risque de burn-out autour des 45-55ans, au cours de ce qui est appelé la « midlife crisis» (7) (9).

1.3.1.3 Situation familiale

Le fait de vivre seul est reconnu comme étant un facteur de risque dans la survenue d'un burn-out, du fait de l'isolement (8) (9) (16), les personnes isolées ayant notamment des scores d'accomplissement personnel plus faibles (7). La plupart des études montrent que les personnes en couple, grâce au support social du conjoint, sont protégées contre le burn-out (7) (21).

Le fait d'avoir des enfants semble être un facteur protecteur contre le burn-out : Delbrouck, dans ses ouvrages (4) (16), écrit que le fait d'avoir de jeunes enfants diminue le risque de burn-out chez la femme médecin de 40%. Ce postulat est repris dans une étude publiée dans le « Journal of Vocational Behaviour », en 2008 : la présence d'un partenaire et d'enfants diminue la composante d'épuisement

émotionnel chez les femmes (22). Cependant, cette même étude avance la possibilité d'un lien avec l'âge des enfants : la présence d'enfants diminue l'épuisement émotionnel, mais celle d'enfants de moins de 6 ans le favorise.

Ce lien avec l'âge des enfants peut être imputable aux contraintes de l'interférence du travail avec la famille, notamment en ce qui concerne les modes de garde et les problèmes de disponibilité. Nous reviendrons sur ce lien ultérieurement.

1.3.1.4 Personnalité et capacités d'adaptation

1.3.1.4.1 Personnalité

De nombreuses études établissent un rapport entre le type de personnalité et le risque de survenue du syndrome d'épuisement professionnel. Une étude longitudinale sur 12 ans auprès de presque 3000 médecins (suivis depuis leur entrée en école de médecine) met en évidence un lien entre le burn-out et les 5 traits centraux de personnalité établis par Goldberg en 1990 (extraversion, caractère consciencieux, névrosisme, agréabilité et ouverture à l'expérience) : les médecins avec un trait de personnalité type «névrosisme » sont plus sujets à l'épuisement émotionnel, souvent attribué au fait que ces individus ont une tendance à la surcharge de travail. Une forte dépersonnalisation est souvent corrélée à une personnalité de faible « agréabilité ». Les personnalités de type « extraversion » ont des scores élevés d'accomplissement personnel (23).

D'autres auteurs ont aussi démontré que les sujets avec une personnalité de type A, caractérisée par un hyperinvestissement professionnel, un perfectionnisme, un esprit de compétition, sont plus sujets au stress et au burn-out (16) (20) (24) (25).

1.3.1.4.2 Stratégies de coping

Face aux évènements de la vie qui vont l'affecter, que ce soit de façon aiguë ou chronique, l'individu va mettre en place des stratégies d'adaptation, lui permettant de « faire face » : on parle de stratégies de *coping* pour désigner les réactions qu'il élabore pour maîtriser, réduire ou tolérer la situation (26). Une stratégie de coping est efficace si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur son bien-être physique ou psychique. On sait que des stratégies de coping adaptées sont associées avec un burn-out moindre (18). Les stratégies de coping « passives », de fuite, évitement, sont de mauvaises réponses au stress chronique et sont des facteurs de risque de burn-out, alors que des stratégies de coping « actives », d'affrontement des conflits et de prise en compte des émotions sont de bonnes réponses au stress chronique et sont donc des facteurs de protection contre le burn-out, ce qui a été repris par de nombreux auteurs (4) (27) (28) (29) (30) (31).

En 2011, des chercheurs ayant étudié le lien entre les traits de personnalité et stratégies de coping avec les trois dimensions du burn-out ont relevé qu'une attitude d'évitement menait à la dépersonnalisation et au manque d'accomplissement personnel, tandis que le « self-control » était une bonne façon de surmonter une situation de stress prolongé au travail et menait à un accomplissement personnel plus important et une dépersonnalisation moins forte. Cette étude montrait également que le soutien social semblait être la meilleure stratégie de coping contre le développement du burn-out (32).

Lazarus et Folkman, en 1984, appliquent une échelle de 67 items, la WCC (Ways of Coping Checklist) à 100 adultes. En regroupant les réponses par analyses factorielles, ils isolent deux types principaux de coping : le coping centré sur le problème, qui « vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face » et le coping centré sur l'émotion, qui « vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation ».

La WCC a été révisée par Vitaliano et al. en 1985 (WCC-R), et une adaptation et traduction de la WCC-R a été faite par Cousson et al. en 1996, permettant d'isoler trois facteurs : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion (comme la WCC de Lazarus et al.) et aussi la recherche de soutien social (informatif, matériel, émotionnel) (26) (33).

Le Cope Inventory a été élaboré par Carver et al., en 1989 (34), afin d'individualiser les différentes stratégies de coping. Cette nouvelle échelle isole 14 variables : positiver la situation, désengagement mental du problème (éviter d'y penser), extériorisation des émotions, utilisation de soutien social « instrumental » (avis, conseils), coping actif (faire de son mieux pour résoudre le problème), déni, recherche de soutien dans la religion ou la spiritualité, renonciation, attitude attentiste (attendre que le problème se résolve sans se précipiter), recherche de soutien social « émotionnel », abus de substances, acceptation, se concentrer sur le problème pour le résoudre, et planifier-s'organiser pour résoudre le problème. Une autre variable (faire de l'humour à propos de la situation) a été introduite ultérieurement (35) (36).

Le Brief Cope Inventory (BCI, annexe 2), une version abrégée établie par Charles S. Carver à partir du COPE Inventory, a été traduit en français et présenté lors d'un congrès Encéphale en 2003 (37). Le BCI permet d'explorer 14 stratégies de coping à travers 28 questions (chaque stratégie étant représentée par deux questions) interrogeant le sujet sur ses réactions face à la situation la plus stressante vécue au cours des deux derniers mois. Ces 14 stratégies sont classées en deux catégories : les stratégies de coping positives (celles qui sont fonctionnelles et sont liées à un stress perçu moins important et donc diminuent le risque de burn-out) et les stratégies de coping négatives (les moins efficaces, celles qui favorisent le stress et donc à terme le burn-out) (38):

Stratégies positives :

- acceptation (Questions 8-23)
- coping actif : faire de son mieux, essayer d'améliorer ses compétences pour résoudre le problème (Q. 2-20)
- positiver la situation (Q. 11-26)
- recherche de soutien social « émotionnel » (Q. 5-14)
- planification (Q. 13-24)
- recherche de soutien social « instrumental » (Q. 10-19)
- religion (Q. 7-27)
- humour (Q. 16-28)

Stratégies négatives :

- désintéressement, focalisation de l'attention sur autre chose (Questions 1-17)
- focaliser sur ses émotions et les extérioriser (Q. 9-18)

- culpabiliser (Q. 12-25)
- renoncer à résoudre le problème (Q. 6-15)
- abus de substances (Q. 4-22)
- déni (Q. 3-21)

Une étude menée auprès de 143 résidents au Texas a montré que plus de la moitié des résidents utilisent des stratégies de coping négatives, en particulier la culpabilisation, le désintéressement et la focalisation-extériorisation des émotions (38).

1.3.1.4.3 Consommation de toxiques

L'abus de substances est déjà considéré comme une stratégie de coping négative par les auteurs sus-cités. L'abus d'alcool est aussi considéré comme un agent stresseur externe lié à la vie personnelle (39).

Le Pr Eric Galam, au cours de ses travaux, a pu également observer qu'au cours de l'année précédent son étude, 1 médecin sur 5 avait consommé des anxiolytiques ou des hypnotiques, et que 5% avait pris des antidépresseurs (40).

Les internes en médecine générale sont aussi touchés par cette consommation de toxiques : au cours d'une autre de ses études (19), il a pu mettre en évidence que la consommation d'hypnotiques et d'antidépresseurs des internes était presque équivalente au double de celle de la population générale française de plus de 15 ans. Il a également constaté le lien entre l'abus de substances chez les internes français (plus de 3 verres d'alcool par semaine, antidépresseurs, somnifères au moins une fois par mois) avec les scores élevés de burn-out.

1.3.2 Facteurs organisationnels

1.3.2.1 Lieu et type d'exercice

Plusieurs auteurs ont établi qu'un exercice en secteur rural et semi-rural était un facteur de risque dans la survenue du burn-out (4) (13). Dans une étude menée en 2005 auprès de 119 résidents de Poitou-Charentes sur leurs critères de choix d'installation, les motifs évoqués comme justifiant le refus d'une installation en zone rurale étaient entre autre l'isolement, la surcharge de travail, le nombre de gardes, et la difficulté à trouver un équilibre entre temps de travail et vie privée, soit les mêmes facteurs qui sont considérés comme intervenant dans la survenue du syndrome d'épuisement professionnel (41).

Le lieu d'installation est à corréler avec la durée d'installation : une étude auprès de médecins généralistes anglais montre un plus haut risque de dépersonnalisation lorsque l'installation date de moins de 20 ans (15), et dans une des études du Pr Galam, 20% des médecins installés entre 1980 et 1984 ont cessé leur activité libérale en temps que généraliste après 18 ans d'exercice (dont 1 sur 10 après 8 ans de carrière) (42).

Le lien entre les modalités d'installation (seul, en cabinet de groupe ou en Maison de Santé Pluridisciplinaire) a été également fait par les études : J. Latourelle, dans le cadre de sa thèse sur le burn-out des médecins spécialistes de Poitou-Charentes (28), présentait l'isolement comme un facteur de risque de l'épuisement

professionnel, et l'exercice en cabinet de groupe à 2 associés comme un facteur protecteur (elle rejoint sur ce point Delbrouck (16)). Une étude publiée dans l'Alexandria Journal of Medicine en 2011 (21) montre quant à elle un effet protecteur contre le burn-out de l'exercice en Maison de Santé par rapport à l'exercice isolé, alors que chez les généralistes britanniques (15), on note une dépersonnalisation plus importante dans les cabinets où il y a beaucoup d'associés. Deux thèses d'exercice réalisées en 2013 de façon conjointe auprès de médecins généralistes de Poitou-Charentes : « Avantages à exercer la médecine générale en Maison ou Pôle de santé » (44) et « Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en Maison de santé pluriprofessionnelle » (43) ont montré que l'exercice en maison de santé était vécu comme protecteur de burn-out grâce à plusieurs variables (meilleure gestion du temps de travail et de la vie privée, coopération et soutien interprofessionnel…).

1.3.2.2 Organisation de la vie professionnelle

1.3.2.2.1 Charge de travail

La surcharge de travail est reconnue comme facteur de risque de burn-out de façon unanime par les auteurs. C. Zeter, en 2004 dans son étude auprès de généralistes de Poitou-Charentes, estime que travailler plus de 7 jours consécutifs est à risque de burn-out (27). Sa consoeur J. Latourelle retrouve chez les spécialistes libéraux un risque augmenté au-delà des 25 actes par jour (28). H. Dumesnil reconnaît un risque de burn-out au delà de 65 heures par semaine dans son étude auprès des médecins généralistes de ville (45). Enfin, une augmentation de temps de travail de 5 heures au-delà de 40 heures par semaine multiplierait la probabilité de faire un burn-out de 12 à 15% chez les femmes (20).

Le contenu de ces journées de travail est aussi à incriminer dans l'épuisement professionnel : les visites à domicile, lorsqu'elles sont trop nombreuses, diminuent l'efficacité et augmentent l'épuisement émotionnel (4), et augmentent le risque de burn-out surtout lorsqu'elles ne sont pas justifiées (46).

De même, la charge mentale de la journée joue un rôle : les consultations à motifs multiples, la prise en charge de patients en fin de vie risquent de provoquer un burn-out de par l'épuisement professionnel (9) (13) (27) (45) et l'épuisement par compassion (47) (48).

1.3.2.2.2 Irrégularité des horaires et gardes

L'irrégularité des horaires est reconnu par l'étude EGPRN comme un facteur de risque de burnout (5), ce qui est retrouvé dans l'étude de J. Latourelle (28). En effet, l'extension des horaires de travail aux soirs et aux week-end rend difficile la déconnection du stress au travail (20), alors qu'à l'inverse, une gestion des limites et des horaires (durée des créneaux de consultation, prise en compte des urgences réelles uniquement) est un facteur protecteur de burnout selon Delbrouck (16).

Autre facteur de risque dans la survenue de l'épuisement professionnel : les gardes, surtout si elles sont trop nombreuses, notamment à cause des contraintes vécues comme un facteur de stress qui y sont liées (40) et de l'absence de repos

compensateur fréquent en médecine libérale (12) (27). L'étude EGPRN met en évidence qu'un nombre élevé de nuits par mois est corrélé de façon significative avec une dépersonnalisation et une perte d'accomplissement personnel (composantes du MBI) (5).

L'impact des gardes est visible déjà chez les internes en médecine générale : 9,6% ont un score de burn-out élevé pour 6 gardes par mois (19).

L'amélioration du système de garde avec entre autre une récupération temporelle dédommagée est une des pistes pour limiter le burnout qui a été étudiée au Centre Fédéral d'expertise des soins de santé en 2011 (46).

1.3.2.2.3 Charges administratives et secrétariat

L'augmentation des tâches administratives, vécue comme une « bureaucratie » par de nombreux généralistes, est un facteur de risque de burnout validé par de nombreuses études, notamment à cause de l'alourdissement de la gestion des dossiers médicaux par les demandes répétées d'informations des gouvernements (39). Cette activité est également source de stress chez les urgentistes : lors d'une étude menée auprès des médecins urgentistes de Poitou-Charentes (49), il a été noté que le temps passé aux tâches considérées comme n'étant pas du ressort de la profession était un facteur de risque du burnout.

Cette implication administrative peut être reliée aux autres tâches qui pourraient être réalisées par un secrétariat, comme la réponse aux appels téléphoniques. En effet, l'interruption de la consultation par les appels téléphoniques est vécue comme génératrice de stress par les médecins (40).

Certains auteurs ont avancé la possibilité de se protéger du burn-out en améliorant cette gestion : F. Didier dans sa thèse d'exercice (43) soutient qu'une installation en Maison de santé pluriprofessionnelle permet de partager les frais de secrétariat et de se libérer des tâches administratives, et Jonckeer et al. considèrent que le soutien à l'organisation d'un secrétariat et à la comptabilité, ainsi que la simplification administrative, sont des pistes pour limiter le burnout (46).

1.3.2.2.4 Engagement professionnel

Le manque de temps à consacrer à sa Formation Médicale Continue (FMC) est un facteur de risque de survenue du burn-out reconnu par plusieurs auteurs (12) (28) (50), notamment devant la complexification des connaissances médicales et la peur de ne pas réussir à les tenir à jour (39).

Le Pr Estryn-Behar, dans l'étude SESMAT menée auprès des spécialistes hospitaliers, met en avant le caractère aggravant sur l'insuffisance d'accomplissement personnel de l'absence ou l'insuffisance de formation continue (51).

Le type d'installation semble avoir un effet sur le temps consacré à la FMC : F. Didier, dans sa thèse d'exercice, rapporte qu'une installation en maison de santé pluriprofessionnelle permet de compléter son activité par des formations, ce qui a un effet protecteur contre le burn-out (43).

Un engagement dans la recherche et dans l'enseignement universitaire a également un effet protecteur contre le burn-out selon l'étude EGPRN (5) : le premier

en augmentant l'accomplissement personnel, le deuxième en diminuant l'épuisement émotionnel. Les médecins généralistes interrogés dans le cadre de la thèse de F. Didier (43) citent notamment le caractère protecteur de l'accueil d'un interne au cabinet médical, ce qui permet d'avoir un regard extérieur sur sa pratique.

1.3.2.3 Organisation de la vie personnelle

1.3.2.3.1 Temps de repos et congés

Selon l'étude du Pr Galam menée auprès des internes en médecine générale (19), le nombre faible de week-ends disponibles est corrélé à de hauts scores de burn-out. Ce postulat n'a en revanche pas été repris par l'étude EGPRN (5), qui ne retrouve pas de lien significatif entre les trois composantes du score MBI et le nombre de week-ends libérés par an.

Les périodes de vacances sont également considérées comme essentielles pour prévenir le stress professionnel (39) : une thèse d'exercice de 2010 menée auprès de médecins généralistes de la région biterroise rapporte un risque augmenté de burn-out en dessous de 5 semaines de vacances par an (52).

1.3.2.3.2 Conflit travail-famille

La difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle, avec peu de temps à consacrer à ses proches, est reconnue par les auteurs comme un facteur de risque de burn-out, notamment par perte d'accomplissement personnel : l'étude EGPRN (5), le Pr Galam (40), le Pr Estryn-Behar dans deux de ses études (dont l'étude SESMAT) (51) (53) et bien d'autres (4) (12) (13) (45) (49) (50) (54) (55) sont unanimes sur cela.

Cette interférence travail-famille, à haut niveau, est également liée de façon significative à l'intention de quitter sa profession, comme l'indique Estryn-Behar dans l'étude PRESS-NEXT (56) ainsi que Fuss et al. (57).

Les causes majoritaires du conflit travail-famille sont la charge importante de travail (54) (58) et les difficultés à gérer les impératifs de son travail avec le fait d'avoir des enfants (39) (59) (60) : un quart des femmes médecins perçoivent des difficultés à avoir du temps pour leurs enfants selon l'étude menée par Foster (61). L'irrégularité des horaires de travail (avec des contraintes non prévues à l'avance) en particulier est jugé comme facteur d'interférence, notamment à cause de systèmes de garde mal adaptés à cette situation professionnelle : l'absence de système de garde « sur place » est vécue comme un obstacle à la carrière et un manque de satisfaction selon les médecins interrogés par Shollen (62).

Ces difficultés sont d'autant plus prononcées en cas de situation imprévue (liée au travail ou aux enfants) : selon l'étude de Foster (61), un tiers des femmes médecins perçoivent des difficultés à s'absenter pour s'occuper de leurs enfants lors de situations urgentes ou imprévues. L'absence de système de garde « de secours » est pour Shollen (62) également cause d'un manque de satisfaction au travail. Geurts rapporte que les résidents ne disposant pas de flexibilité d'arrangements horaires pour faire garder leurs enfants (amis, proches, professionnels), surtout en cas d'urgence, ont plus de plaintes somatiques que les autres (60).

Plusieurs auteurs avancent des pistes pour une meilleure gestion de cette interférence travail-famille dans le but d'améliorer le bien-être des praticiens et donc de diminuer le risque de burn-out. Delbrouck avance que des droits similaires à ceux des salariés (garde d'enfant, protection de la grossesse, maintenance de la maison) seraient un facteur protecteur contre le burn-out (16). Shanafelt et al. , dans une étude publiée à l'American Journal of Medicine (63), estime que les efforts pour minimiser le conflit travail-famille tels qu'une assistance rapide pour s'occuper des enfants, des horaires flexibles, un remplacement rapide lors d'évènements importants (maladie, naissance, urgences familiales) ont un effet positif sur le bien-être des médecins.

P. Migné et F. Didier, dans leur étude menée auprès des médecins généralistes de Poitou-Charentes, envisagent plutôt la piste du type d'installation : un exercice en Maison de Santé Pluriprofessionnelle permettrait une meilleure qualité de vie, avec la possibilité de prendre des vacances plus facilement, de travailler à temps partiel et donc de se libérer du temps. Le travail en équipe permis par ce type d'installation donnerait aussi l'opportunité de se répartir les patients en cas d'urgence, grâce à la coopération médicale (43) (44).

1.3.3 Facteurs inter-individuels

1.3.3.1 Rapports confraternels

1.3.3.1.1 Travail en équipe

L'exercice médical ne se fait plus de nos jours de manière isolée : maintenant coordinateur des soins, le médecin généraliste travaille en contact avec d'autres professionnels de santé, paramédicaux ou médicaux (et dans ce cas généralistes ou spécialistes). Ce travail en concertation pluridisciplinaire, malgré de nombreux avantages considérés comme protecteurs du burn-out par les auteurs (12) (16), présente également des inconvénients qui peuvent favoriser le burn-out.

Ces temps de concertation en équipe peuvent avoir lieu de manière informelle ou formelle lors de réunions, de groupes Balint. Barbier (31), en 2004, affirme que « la revalorisation de l'expression et des échanges lors de réunions, symposiums, congrès permet de mieux partager ses difficultés et de sortir de l'isolement ». Jonckheer et al., dans leur rapport du Centre Fédéral d'expertise de soins de santé, insistent sur l'intérêt de la formation de groupes pluridisciplinaires dans la prise en charge de pathologies lourdes ou de situations complexes, dans le but de limiter le risque de burn-out (46). Dans le système de santé français, ces réunions existent par exemple sous l'appellation RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) pour les patients atteints de néoplasie, ou bien lors de la prise en charge de personnes âgées, mais se déroulent à l'hôpital la majorité du temps.

Le caractère protecteur contre le burn-out du support professionnel a été reporté par les médecins interrogés lors de plusieurs travaux de thèse, comme celles de Latourelle (28) et Zeter (27) en 2004. Plus récemment en 2013 lors de leur étude, Didier (43) et Migné (44) ont mis en évidence qu'une installation en maison de santé pluriprofessionnelle, en favorisant les échanges, était un facteur protecteur contre le burn-out. Les avantages présentés par les médecins interrogés étaient la possibilité

d'échanges réguliers (lors de réunions formelles ou autour d'un café ou d'un repas), une coopération interprofessionnelle, une surveillance confraternelle, certains médecins allant jusqu'à évoquer une « thérapie de groupe informelle » pour faire face à ses faiblesses ou interrogations personnelles.

En revanche, le travail en équipe, lorsqu'il devient difficile, est alors un facteur de risque de survenue du burn-out : Estryn-Behar explique qu'une faiblesse du travail d'équipe est un facteur de risque principal du burn-out (enquête SESMAT (51)) voire augmente l'intention de quitter sa profession (étude PRESS-NEXT (53) (56)). Les conflits (notamment organisationnels (39)) et le manque de support confraternel sont des facteurs de risque et facteurs aggravants de burn-out (46).

1.3.3.1.2 Groupes Balint

Ce partage de situations vécues et d'expériences entre professionnels peut également se faire lors de groupes Balint : la participation à ces groupes est connue comme étant protectrice contre le burn-out, ce qui est régulièrement cité notamment dans les ouvrages de Delbrouck.

Les groupes Balint, initiés par le Dr Michael Balint en Angleterre après la Seconde Guerre Mondiale, se basent sur l'importance de la relation médecin-malade en tant qu'outil de soin. Il était dénombré en France 26 groupes Balint reconnus par la Société Médicale Balint France en 2014.

Un groupe Balint comprend habituellement entre 8 et 12 professionnels de santé, menés par 1 à 2 leaders de formation psychanalytique (64), se regroupant régulièrement pendant plusieurs années. A chaque rencontre, une situation avec un patient est apportée par un soignant, puis analysée par le groupe : le praticien apprend alors à reconnaître ses réactions personnelles face à la situation, à détecter de façon précoce une situation qui va devenir difficile, à acquérir la « bonne distance » dans la relation médecin-patient, en maîtrisant les réactions du patient et les siennes (65) notamment en évitant la « fatigue de compassion » provoquée par un excès d'empathie (48).

1.3.3.2 Rapports aux patients

La relation médecin-patient, au cœur du métier de médecin généraliste, devient malheureusement lors d'une relation thérapeutique difficile un facteur de risque de burn-out. D. Truchot (3) rapporte une relation détériorée, passée de relation de confiance à relation contractuelle : les généralistes se plaignent de plus en plus des attitudes non coopérantes, agressives des patients, alors qu'ils s'attendent à ce que « les patients fassent des efforts pour améliorer leur santé, soient observants, montrent du respect et de la gratitude ». Ce déséquilibre relationnel crée des situations d'iniquité perçue par les médecins et une augmentation du burn-out, en particulier à travers la composante de dépersonnalisation.

Les médecins de Poitou-Charentes interrogés par F. Didier souffrent en particulier des attentes irréalistes des patients, de leurs exigences avec une multiplicité des demandes. Ils accusent également un changement de comportement des patients qui remettent en cause leurs compétences médicales et rentrent rapidement dans une judiciarisation de la relation médecin-patient (43).

1.4 Démographie médicale et retentissement du burn-out sur l'offre de soins

1.4.1 Etat des lieux

L'édition 2013 des atlas régionaux de la démographie médicale (mise au point par le Conseil National de l'Ordre des Médecins) (66) recense en Poitou-Charentes 1787 médecins généralistes libéraux et mixtes, soit une baisse des effectifs de 4,7% en 6 ans, avec une baisse progressive prévue (un chiffre de 1727 généralistes est attendu pour 2018).

La densité médicale est donc en 2013 de 9 médecins généralistes libéraux et mixtes (libéraux et salariés) pour un bassin de vie de 10 000 habitants, avec une densité faible pour 34% des bassins de vie de la région (les départements des Deux-Sèvres et de la Charente étant les plus touchés).

L'âge et le sexe des praticiens est également à prendre en compte : selon ce rapport, un tiers des médecins généralistes libéraux et mixtes sont âgés de 60 ans et plus, la moyenne d'âge des praticiens étant sur la région de 53 ans (avec une répartition homogène entre les 4 départements). On assiste aussi à une importante féminisation de la profession avec une inversion de la tendance à prévoir : alors que la répartition sur les 1787 médecins retrouve 67% de médecins hommes pour 33% de médecins femmes, parmi les jeunes générations de moins de 40 ans (qui représentent 10% des généralistes libéraux ou mixtes), les femmes représentent 57% des effectifs.

En corrélant ces chiffres aux données nationales de 2015 (selon la carte interactive de démographie médicale disponible sur le site du CNOM), on observe des chiffres superposables : une densité médicale nationale de 8,6 médecins pour 10 000 habitants (86,5 médecins libéraux ou mixtes – 133,5 médecins au total dont 64,8% ont une activité libérale ou mixte - pour 100 000 habitants), une moyenne d'âge de 52 ans, avec un quart de médecins généralistes âgés de 60 ans et plus. En revanche, la répartition homme-femme est plus homogène au niveau national (55,3% d'hommes pour 44,6% de femmes), avec un taux national de féminisation de +16,8% entre 2007 et 2015 (67).

1.4.2 Retentissement du burn-out

Plusieurs auteurs ont reconnu le retentissement du burn-out sur la qualité des soins, ce qui a été repris dans les travaux de Truchot (7), Galam (42) et les thèses de Zeter et Didier (27) (43) : on observe des médecins sujets à des manifestations d'irritabilité, avec une baisse de la qualité des soins, des erreurs médicales plus fréquentes, des coûts de santé plus importants notamment par prescription d'examens complémentaires et traitements inappropriés. Les médecins généralistes ayant un degré élevé d'épuisement émotionnel prennent vis-à-vis d'une patiente, des décisions moins coûteuses en temps, en énergie et en investissements futurs, d'autant plus si la patiente est non compliante (10).

Le burn-out a également un retentissement sur l'offre de soins, que ce soit au niveau individuel ou collectif. Le praticien touché par le burn-out aura des manifestations cliniques, telles que syndrome de fatigue chronique, troubles

somatiques (troubles musculo-squelettiques, gastro-intestinaux) (16), mais aussi une baisse des défenses immunitaires, un risque augmenté de maladies cardio-vasculaires et de diabète type 2 (10) (16).

Selon les données 2014 de la CARMF, les troubles psychiatriques sont de loin la première cause d'invalidité définitive (41,21%) (68), et la deuxième cause d'incapacité temporaire de travail (19,29%).

Il a aussi été mis en évidence un lien étroit entre suicide et burn-out : selon une étude conduite en 2003 par le CNOM et rapportée par Galam, sur une population de 42 137 médecins actifs de moins de 65 ans, 492 sont décédés, dont 69 par suicide, soit une incidence du suicide de 14% (contre 5,6% dans la population générale) (69). Les marqueurs de risque de suicide reconnus par ces mêmes études sont des problèmes financiers, des contentieux ordinaux, administratifs ou judiciaires, un divorce, une consommation excessive d'alcool, une maladie mentale ou physique.

Le burn-out peut aussi mener le médecin à envisager une cessation d'activité : selon la thèse de Zeter réalisée auprès des médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2004, 30% souhaitaient changer de travail dans l'année ou plus tard, dont 60% d'entre eux à cause de l'ambiance et de l'organisation du travail, 30% à cause des risques et du contenu de leur travail (27). Ce désir de reconversion professionnelle a été aussi abordé dans les travaux de différents auteurs : Truchot dans son ouvrage sorti la même année montrait que les individus atteints de burn-out étaient moins impliqués et avaient plus que les autres l'intention de quitter leur travail, parfois définitivement (10). Selon Galam, 20% des médecins installés entre 1980 et 1984 ont cessé leur activité libérale en tant que généraliste après 18 ans d'exercice (42). Estryn-Behar dans l'étude PRESS-NEXT mettait en avant l'imputabilité de la mauvaise qualité du travail d'équipe dans le burn-out et l'envie croissante de quitter sa profession (56).

Les conséquences du burn-out sur l'offre de soins sont donc dramatiques, en particulier dans les zones à faible démographie médicale, où la cessation d'activité d'un ou plusieurs médecins par l'une ou l'autre des causes sus-citées aura forcément une répercussion sur ses confrères installés, déjà peu nombreux et « en surchauffe » comme dit par le Pr Galam (42).

2. Maisons de Santé Pluridisciplinaires

2.1 Définition et réglementation

Le sujet des maisons et pôles de santé a d'abord été abordé dans un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) en novembre 2007 « L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé » (70). Rédigé dans le cadre de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques, ce rapport inscrivait les maisons de santé comme des outils permettant aux professionnels de santé en ambulatoire de répondre à l'obligation d'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles).

La première inscription dans la loi des maisons de santé s'est faite en décembre 2007 dans la loi de financement de la Sécurité Sociale, dans le Code de Santé Publique, article L.6323-3, modifiée ensuite par la Loi Hôpital Patients Santé Territoire (loi HPST) de juillet 2009 puis par l'article 2 de la loi n°2011-940 du 10 août 2011.

Les maisons de santé sont donc définies actuellement comme « *une personne morale constituée entre plusieurs professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens »*, assurant *« des activités de soins sans hébergement de premier recours (…) et le cas échéant de second recours (…) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé »* (71).

La définition des pôles de santé est inscrite dans la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 (article 40), et dans l'article L. 6323-4 du CSP comme suit : *« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours (…) le cas échéant de second recours (…) et peuvent participer à des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire (…). Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale»* (72).

La circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement plan d'équipement en maisons de santé en territoire rural établit un cahier des charges avec des « critères-socles » relatifs au fonctionnement et à l'organisation des maisons de santé pluri-professionnelles. Les maisons de santé doivent donc (73):

-être le lieu principal d'exercice des professionnels de santé
-favoriser la mutualisation des fonctions
-prendre en compte les besoins en santé du territoire
-comprendre au minimum deux médecins et un professionnel paramédical
-s'engager dans la formation des professionnels de santé
-s'engager dans des actions de prévention : promotion de la santé, éducation thérapeutique
-mener une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée avec organisation de réunions, protocoles de prise en charge, dispositif de partage d'information (informatisé ou non) afin de favoriser la continuité des soins
-favoriser la coordination des soins avec les autres acteurs du territoire : santé, médico-sociaux, hôpital
-contribuer à la continuité des soins avec une large amplitude horaire d'ouverture et des consultations non programmées.

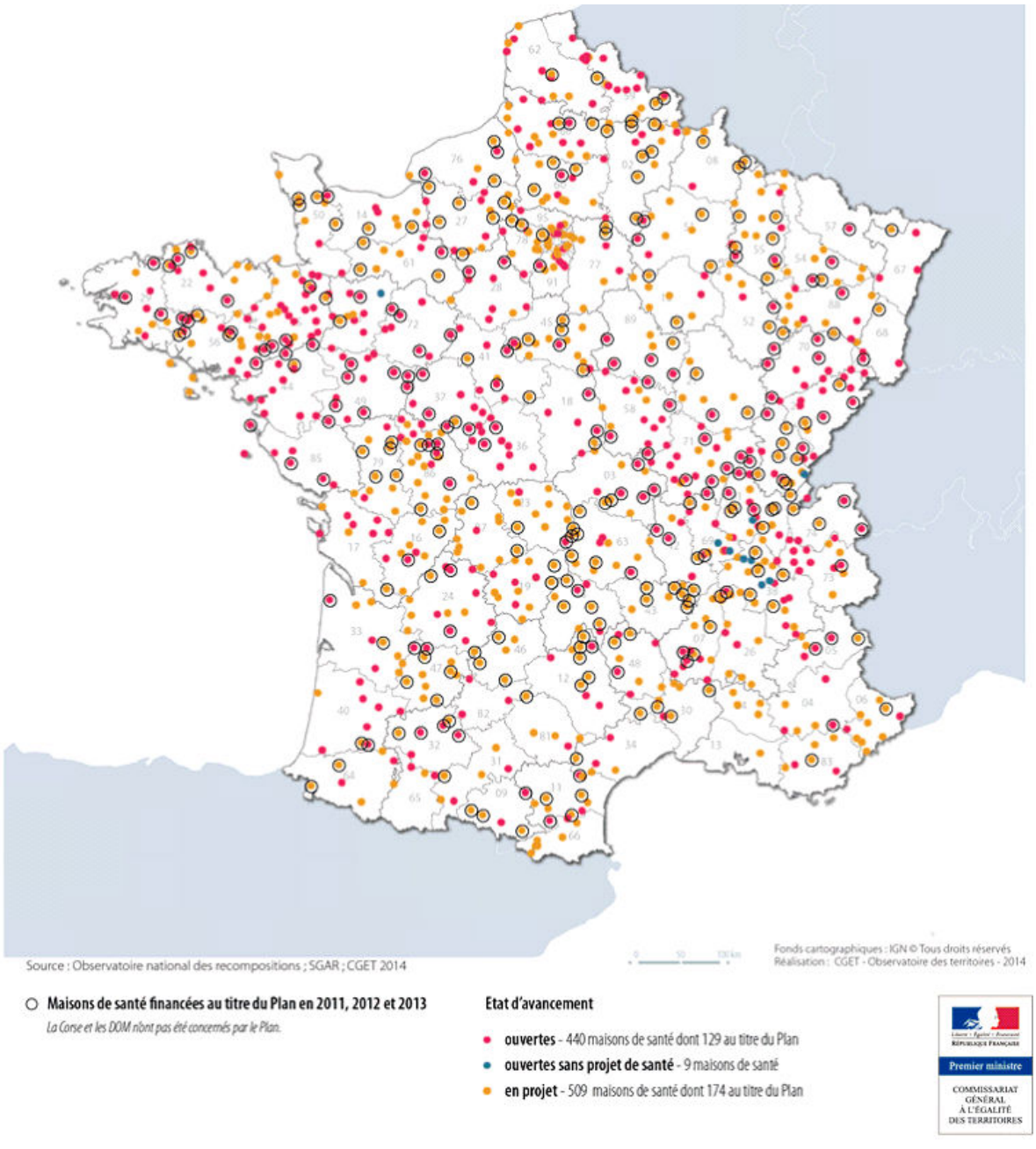
2.2 Etat des lieux

2.2.1 Au niveau national

Pour son numéro de février 2015, la revue « Réseaux, Santé et Territoire » a réalisé une enquête auprès des 26 ARS (Agence Régionale de Santé) pour connaître le nombre de maisons et pôles de santé en fonctionnement : les ARS ont répondu en totaliser 682 en janvier 2015 (74).

Les données recueillies au niveau régional et territorial ont permis d'établir une carte de répartition pour mai 2014 (75):

Figure 1 : Répartition des maisons de santé au mois de mai 2014



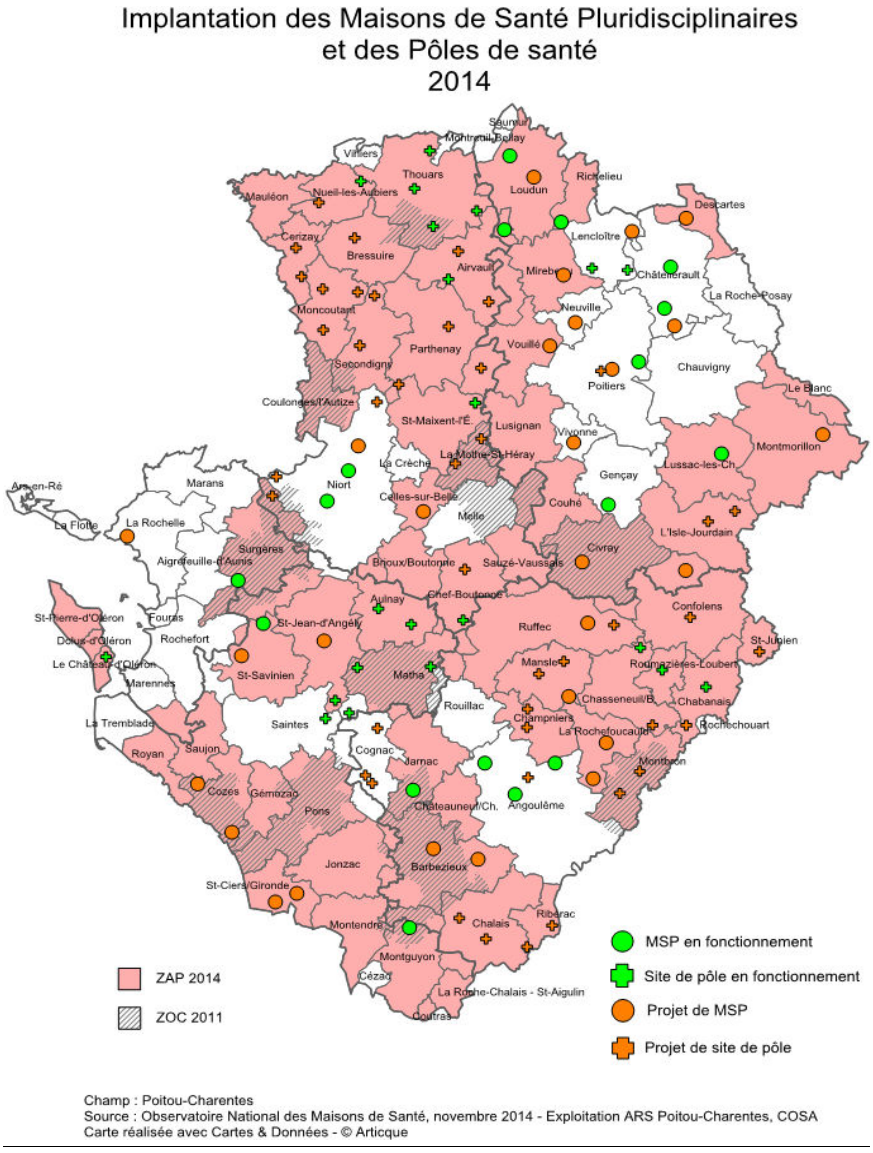
Selon une étude menée par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) en 2013, les trois quarts des maisons et pôles de santé sont situés dans des bassins de vie à dominante rurale, qui regroupent un tiers de la population métropolitaine, avec une offre de soins moins importante, une population âgée et en moins bonne santé. Le quart restant est situé dans l'espace à dominante urbaine qui abrite deux tiers de la population française.

Cette même étude évoque un effet favorable du développement de ces structures sur la démographie médicale, puisqu'on observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans les espaces ruraux sus-cités avec maisons de santé comparé aux mêmes espaces sans maisons de santé.(76)

2.2.2 En Poitou-Charentes

Au niveau régional, en Poitou-Charentes, en 2014 la situation était la suivante :

Figure 2 : Implantation des Maisons de Santé Pluridisciplinaires et des Pôles de Santé (77)



2.3 Avantages à exercer en maison de santé

Au cours de leur travail de thèse (43) (44), mené de façon conjointe en 2013, F. Didier et P.Migné ont interrogé 17 médecins généralistes de Poitou-Charentes à travers des entretiens semi-directifs, dans le but de connaître les avantages de l'exercice en maison de santé et comment cet exercice pouvait jouer un rôle protecteur contre le burn-out.

2.3.1 Meilleures conditions de travail

Les médecins ont cité comme avantages un développement du travail en équipe, avec une collaboration interprofessionnelle (dossier partagé), des échanges possibles sur les situations cliniques difficiles, une entraide entre médecins (pour pallier aux absences imprévues, se partager les patients en cas d'urgence, permanence et continuité des soins facilitées), une délégation possible des tâches (infirmières ASALEE), un bénéfice matériel et technique (meilleurs locaux, matériel informatique et de soin-ECG, spiromètre-, secrétariat performant avec la possibilité de se libérer des contraintes administratives). La maison de santé était aussi perçue comme plus attractive pour accueillir des étudiants ou des remplaçants.

2.3.2 Meilleure qualité de vie

Un bénéfice était perçu sur le plan professionnel mais aussi personnel : étaient citées en particulier :

-une meilleure gestion de la contrainte horaire (et des périodes de surplus d'activité), avec la possibilité de travailler à temps partiel, ce qui est considéré comme une adaptation possible à la féminisation de la profession médicale

-une possibilité de se libérer du temps pour soi, que ce soit pour sa formation médicale continue, une implication dans un rôle universitaire (recherche, maîtrise de stage), ou bien simplement pour prendre des vacances plus facilement.

3. Problématique et question de recherche

Comme nous l'avons vu dans les études menées par le Pr Truchot (8) et Zeter (27), les médecins généralistes de Poitou-Charentes sont également touchés par ce phénomène de burn-out, Zeter retrouvant 30% des médecins ayant un score de burn-out élevé (3 composantes atteintes dans le Maslach Burnout Inventory : épuisement émotionnel, dépersonnalisation, diminution de l'accomplissement personnel).

Cependant, l'étude de Truchot met en évidence une répartition différente des composantes atteintes par rapport aux praticiens de Bourgogne et Champagne-Ardennes (6) (7), avec une perte d'accomplissement personnel prédominante (44% de scores bas) par rapport à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation (respectivement 34% et 40% de scores élevés), tandis que chez les médecins des deux autres études, la composante d'accomplissement personnel n'est pas la plus atteinte des trois composantes.

Cette composante d'accomplissement personnel semble donc intéressante à étudier du fait de cette particularité.

La maison de santé pluridisciplinaire est selon les médecins généralistes de Poitou-Charentes interrogés par Didier et Migné un facteur protecteur contre le burn-out, en particulier grâce à l'impact de ce type d'installation sur les facteurs organisationnels causals de burn-out, que ce soient les conditions de travail (délégation de tâches administratives, meilleure gestion de la charge de travail…) ou la qualité de vie avec la possibilité de se libérer du temps pour soi (43) (44).

Cependant, les différents facteurs sur lesquels l'installation en MDSP a un effet n'ont été que cités par les médecins dans ces travaux, et aucune étude n'a pour le moment établi clairement de lien significatif entre le type d'installation (et les conditions d'exercice qui y sont liées) avec la survenue du syndrome d'épuisement professionnel, en s'intéressant particulièrement à la composante « accomplissement personnel » du MBI.

Ce constat nous a amené à notre question de recherche principale :

Les conditions d'exercice (isolé, en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire) modifient-elles le score d'accomplissement personnel du MBI ?

Par ailleurs, les études sont divergentes en ce qui concerne le rôle des enfants dans la survenue du burn-out : avoir des enfants est considéré comme protecteur (sauf si les enfants ont moins de 6 ans, auquel cas cela est considéré comme un facteur de risque) (22). Ce lien avec l'âge des enfants semble lié au conflit travail-famille, majoré par le fait d'avoir des enfants en bas âge : les causes évoquées pour ce conflit sont majoritairement liées aux horaires (irréguliers, trop importants et ne permettant pas de se libérer du temps avec ses enfants) (39) (54) (59) (60) (61) et aux difficultés à trouver un mode de garde adapté, d'autant plus en cas d'imprévu (62) (63).

Les médecins interrogés par Didier et Migné (43) (44) estiment qu'une installation en Maison de Santé Pluridisciplinaire permettrait une meilleure qualité de vie, en se libérant du temps (notamment avec un fonctionnement à temps partiel) et de mieux gérer ces situations imprévues grâce au système d'entraide confraternelle, et serait donc protectrice du burn-out.

Ceci nous a donc conduit à notre question de recherche secondaire :

Un mode d'exercice permettant d'être plus disponible pour ses enfants améliore-t-il le score d'accomplissement personnel du MBI ?

4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est d'étudier le lien entre le score d'accomplissement personnel selon le Maslach Burnout Inventory (MBI) et le mode d'installation des médecins généralistes libéraux installés en Poitou-Charentes à

travers les facteurs de Truchot qui y sont associés (intra-individuels, organisationnels et inter-individuels).

L'objectif secondaire est d'étudier la stabilité de ces liens dans le temps.

5. Hypothèses de recherche

Selon les éléments de la littérature, les médecins installés en Maison de Santé Pluridisciplinaire seraient moins sujets au burn-out que les autres, et auraient donc un meilleur score d'accomplissement personnel.

Il est possible d'envisager que ce mode d'installation en MDSP augmente l'exposition des médecins à des facteurs protecteurs de burn-out :

-sur le plan intra-individuel, grâce à la collaboration confraternelle, les médecins adopteraient des stratégies d'adaptation plus positives (donc protectrices) face à des situations stressantes.

-sur le plan organisationnel, ce mode d'installation peut permettre une adaptation de la charge de travail et une meilleure flexibilité des horaires, une diminution de la charge administrative, plus de temps disponible pour la formation médicale continue ou des congés. On peut imaginer un conflit travail-famille moins important, marqué notamment par une plus grande disponibilité pour ses enfants.

-sur le plan inter-individuel, le travail en équipe peut favoriser le soutien entre collègues notamment grâce à des temps de concertation entre pairs, ou à l'inverse être source de conflits.

MATERIEL ET METHODES

1. Recherche bibliographique

Ce travail a débuté par l'établissement d'une bibliographie la plus complète possible, élargie au gré des nouveaux éléments soulevés par chaque lecture, que nous souhaitions apporter au questionnaire.

1.1 Outils employés

Les ressources mobilisées pour établir une bibliographie ont été :

1.1.1 Moteurs de recherche

Google
Google Scholar

1.1.2 Bases de données en ligne

PubMed (site de la US National Library of Medicine et National Institutes of Health)
Science Direct
Catalogue SUDOC (Système Universitaire de Documentation)

1.1.3 Littérature « grise »

Thèses et ouvrages consultés en bibliothèque universitaire
Support de présentation Power Point de séminaires de Formation Médicale Continue ou de congrès
Echanges avec le Directeur de Thèse et avec les Experts
Articles issus de la bibliographie des articles consultés

1.2 Mots-clés

Les mots-clés utilisés pour la recherche bibliographique, seuls ou de façon associée, ont été :

1.2.1 Mots clés en français

« épuisement professionnel », « accomplissement personnel », « médecin », « généraliste », « médecine générale », « installation », « urgentiste », « gardes », « visites à domicile », « « groupe Balint », « stratégies d'adaptation », « interférence famille travail », « conflit famille-travail », « enfants »

1.2.2 Mots-clés en anglais

« burnout syndrome », « general practitioner », « family medicine », « primary care », « physician », « on-call duty », « emergency medicine », « workload », « coping

strategies », « wellness », « well-being », « work-family conflict », « work-family interference », « children »

Le logiciel Zotero a été utilisé pour l'archivage et le référencement de la bibliographie.

2. Méthodes

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale analytique répétée dans le temps.

2.2 Population étudiée

2.2.1 Critères d'inclusion

L'objectif de recherche principal de cette étude étant de mesurer le score d'accomplissement personnel (composante du Maslach Burnout Inventory) en fonction du mode d'exercice chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes, la population était donc par définition tout médecin généraliste libéral installé en Poitou-Charentes.

Compte-tenu du nombre élevé de variables du questionnaire, et donc de répondants nécessaires au questionnaire, nous avons pris la décision d'inclure tous les médecins généralistes libéraux installés de Poitou-Charentes.

S'agissant d'une étude pilote exploratoire, le calcul du nombre de sujets nécessaires n'a pas été utile.

2.2.2 Mode de recrutement des sujets

Les médecins généralistes ont été contactés par courriel par l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes (annexe 3).

Le recueil des données s'est fait par enquêtes répétées via un autoquestionnaire en ligne.

2.3 Déroulement de l'étude

2.3.1 Durée de l'étude

L'envoi de ce questionnaire a été effectué à trois reprises, dans le but de rechercher une variabilité intra-personnelle dans le temps.

Dans un premier temps, nous avons envoyé aux médecins par e-mail (par notre correspondante Mme Sylvie COUSIN à l'URPS) un courrier de présentation de notre travail, leur précisant le thème de cette thèse, le lien Internet par lequel ils pouvaient avoir accès au questionnaire, le temps estimé nécessaire pour le compléter, ainsi que le fait que les données seraient traitées de façon anonyme

grâce à l'utilisation d'un identifiant. Il leur était également expliqué le nombre d'envois du questionnaire, ainsi que la démarche à appliquer en cas de réponse ou de refus de participation.

Ces premiers envois se sont déroulés du 02 février 2015 au 06 mars 2015, avec 117 répondants sur 961 destinataires.

La deuxième période d'envoi s'est déroulée du 14 avril 2015 au 06 juin 2015, de nouveau par e-mail transmis à 997 médecins par l'URPS. Cet e-mail leur rappelait le sujet de cette thèse, le lien d'accès au questionnaire et les modalités de réponse.
Une relance avec un nouvel e-mail a été effectuée le 12 mai 2015 (devant le faible taux -44- de répondants) auprès de 954 destinataires, rappelant l'importance de conserver le même identifiant que lors du premier envoi.

Le taux de répondants a donc été au total de 71 pour ce 2e envoi.

La troisième période d'envoi s'est déroulée du 25 juin 2015 au 16 août 2015, selon les mêmes modalités que précédemment. Nous avons obtenu 38 répondants sur 945 destinataires.

2.3.2 Questionnaire

2.3.2.1 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en se basant sur les données bibliographiques exploitées et en fonction de nos hypothèses de recherche.

Il a été testé une première fois auprès de deux groupes, le premier composé de médecins ou internes travaillant ou ayant travaillé sur le thème du burnout, et le deuxième groupe composé de personnes extérieures au monde médical, dans le but de nous éclairer sur les modifications à apporter (de fond ou de forme).

Il a été également enrichi par de nouvelles questions suite à une rencontre avec des experts (Pr M. Estryn-Béhar, Pr E. Galam) au décours d'un séminaire sur les soignants des soignants.
Le questionnaire a été ensuite mis en format électronique Google Forms par Google Drive, chaque partie constituant une page. La réponse à chaque question est rendue obligatoire pour progresser dans le questionnaire. Les réponses se font par texte (dates, nombre) ou choix unique (la seule question à choix multiples est celle sur la personne responsable des tâches administratives dans le cabinet). La progression dans le questionnaire est indiquée en pourcentage grâce à un curseur en bas de la page en cours. Le temps pour sa réalisation a été estimé comme étant d'environ 15 minutes.

Un test de ce questionnaire électronique a été à nouveau réalisé par 6 médecins, ce qui a amené à scinder la 2e partie (le Maslach Burnout Inventory) sur 2 pages, afin de rendre la lecture et la réponse plus confortables pour le médecin interrogé.

2.3.2.2 Questionnaire définitif (annexe 4)

La trame définitive du questionnaire était composée de 5 parties.

La première partie permettait le recueil des caractéristiques socio-démographiques :

- Sexe (Homme/Femme)
- Age
- Situation familiale (seul ou en couple)
- Enfants à la maison (nombre et année(s) de naissance)
- Année d'installation
- Secteur d'installation : code postal
- Type d'installation : seul, en groupe (CDG), en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MDSP) (la définition était précisée dans le questionnaire : minimum 2 médecins et une profession paramédicale)
- Combien de médecins (y compris le répondant) dans le cabinet médical
- Activité de Maître de Stage Universitaire (oui/non)

La deuxième partie était la mesure du score d'épuisement professionnel par le Maslach Burnout Inventory (réalisé dans sa totalité, la partie Accomplissement Personnel étant isolée lors de l'analyse des données).

Le MBI était suivi par deux questions concernant les rapports avec les collègues de travail, avec le même mode de réponse que le MBI (« indiquez la fréquence à laquelle vous avez ressenti ce qui est décrit à chaque item : jamais-quelques fois par an-une fois par mois-quelques fois par mois-une fois par semaine-quelques fois par semaine-chaque jour ») :

- Vous avez eu des difficultés (conflit ou désaccord) avec un des professionnels de santé travaillant avec vous
- Vous avez ressenti les professionnels travaillant avec vous comme une ressource lors de situations difficiles (en cas de doute diagnostique, difficulté relationnelle avec un patient)

La troisième partie était composée du Brief Cope Inventory, permettant d'évaluer les stratégies d'adaptation face aux difficultés rencontrées en général.

La quatrième partie permettait le recueil des caractéristiques d'exercice de chaque médecin interrogé :

- Charge de travail : combien d'actes par jour en moyenne la semaine précédente, d'heures par semaine, de demi-journées par semaine
- Nombre de visites à domicile par semaine en moyenne : moins de 10, entre 10 et 20, plus de 20

- Irrégularité des horaires de travail : travail entre 20h et 6h en semaine ou à partir du samedi 13H le week-end, en dehors de gardes : oui/non
- Nombre de gardes par mois (nombre) et existence d'un repos compensateur (oui/non)
- Nombre de jours de vacances au cours des 3 derniers mois (en incluant les week-end)
- Nombre de semaines de vacances au cours de l'année précédente
- Secrétaire (présente ou centre d'appel téléphonique) : non, temps partiel, temps complet
- Responsabilité des tâches administratives : médecin, secrétaire, comptable ou tierce personne
- Nombre de patients en fin de vie dans la patientèle les 3 derniers mois
- Nombre de fois où le médecin s'est rendu à une réunion formalisée à l'hôpital concernant un patient (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'Oncologie, Gériatrie) au cours des 3 mois précédents
- J'estime consacrer suffisamment de temps à ma Formation Médicale Continue (précision pour le médecin : congrès, réunions de FMC organisées, groupes de pairs, lecture de revues spécialisées) : évaluation par échelle de Likert en 6 points : tout à fait d'accord, d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord
- Participation à des groupes Balint : oui/non
- Nombre approximatif de minutes consacrées la semaine précédente à une concertation informelle avec les confrères médecins
- Nombre approximatif de minutes consacrées la semaine précédente à une concertation informelle avec des professions praramédicales

La cinquième et dernière partie interrogeait la disponibilité des médecins interrogés pour leurs enfants et donc l'interférence travail-famille :

- Vacances avec les enfants au cours des 3 derniers mois : oui/non/non concerné

- Puis avec réponse par échelle de Likert en 7 points (tout à fait d'accord, d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord, non concerné) :

  - Difficultés liées aux horaires de votre profession concernant le mode de garde de vos enfants (crèche, garderie, assistante maternelle, baby-sitter)

  - Estimation du temps (suffisant) à consacrer à vos enfants

  - Possibilité en cas d'urgence concernant un des enfants à se libérer des obligations professionnelles dans l'heure

  - Possibilité de trouver facilement et rapidement un moyen de garde « de secours » (famille, voisins, amis) pour les enfants

- Possibilité à se libérer du temps pour des évènements ponctuels (prévus ou imprévus) pour les enfants (spectacle, anniversaire, enfant malade)

2.4 Méthodologie statistique

2.4.1 Traitement des données

Le recueil des données a été réalisé sous forme de tableau Excel grâce au logiciel GoogleDrive, directement à partir des résultats du questionnaire GoogleForm.

Nous avons ensuite procédé à un traitement des données en vue de l'analyse statistique.

Le score d'accomplissement personnel a été calculé à partir du Maslach Burnout Inventory et réparti en 3 catégories :

- élevé : supérieur ou égal à 40 (en faveur d'un score de burnout bas)
- modéré : entre 34 et 39 (en faveur d'un score de burnout modéré)
- bas : inférieur ou égal à 33 (en faveur d'un score élevé de burnout)

Le mode d'installation est réparti, suite aux réponses des médecins, en 3 catégories également : seul, en cabinet de groupe ou en Maison de Santé Pluridisciplinaire.

Les autres questions sont classées selon la répartition de Truchot des facteurs influençant le burn-out : intra-individuels, organisationnels et inter-individuels

Facteurs intra-individuels :

- Sexe
- Age
- Situation familiale
- Nombre d'enfants à la maison
- Nombre d'enfants de moins de 6 ans à la maison : suite au postulat d'une étude publiée au Journal of Vocational Behaviour (22) (la présence d'enfants de moins de 6 ans au domicile favoriserait le burn-out), nous avons comptabilisé les enfants déclarés nés en 2009 ou après par les répondants.
- Stratégies d'adaptation : à partir des réponses du Brief Cope Inventory, nous avons établi une répartition pour chaque question : stratégie utilisée (regroupant les réponses « beaucoup » et « tout à fait ») et stratégie peu ou non utilisée (regroupant les réponses « pas du tout » et « un peu »)

Facteurs organisationnels :

- Année d'installation
- Nombre de médecins y compris le répondant dans le cabinet

- Secteur d'installation : en fonction du code postal, nous avons réparti les lieux en « rural », « semi-rural » et « urbain », en utilisant pour cela les définitions de l'INSEE (Code Général des Collectivités Territoriales) :

Est donc définie comme rurale toute commune dont la population n'excède pas 2000 habitants ou les communes dont la population comporte plus de 2000 habitants et moins de 5000 habitants si elles n'appartiennent pas à une unité urbaine.

Est définie comme unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200m entre 2 constructions) qui compte au moins 2000 habitants. Nous nous sommes basés sur le dernier zonage des aires urbaines de l'INSEE, datant de 2010.

Le qualificatif « semi-rural » est donc attribué aux populations de plus de 5000 habitants non définies comme unités urbaines par l'INSEE.

Certains médecins ayant répondu par leur secteur conventionnel d'exercice (1 ou 2), la réponse a été considérée dans ces cas-ci comme non-exploitable et supprimée.

-Organisation de la vie professionnelle :

- Charge de travail :
  - nombre de demi-journées par semaine
  - nombre d'heures par semaine
  - nombre d'actes par jour au cours de la semaine précédente (une valeur-seuil supérieure a été établie à 60 actes par jour),
  - nombre de visites à domicile par semaine
  - nombre de patients en fin de vie au cours des 3 mois précédents : les données aberrantes ont été supprimées car considérées comme non-exploitables (ex : 850)

- Irrégularités des horaires et gardes :
  - Travail entre 20h et 6h en semaine en dehors de gardes
  - Travail à partir du samedi 13h le week-end en dehors de gardes
  - Nombre de gardes par mois (la régulation SAMU a été comptablilisée comme garde)
  - Existence d'un repos compensateur après les gardes

- Charge administrative et secrétariat :
  - Secrétariat pour le téléphone (présentiel ou centre d'appel)
  - Répartition des tâches administratives : nous avons réparti les réponses en 3 modalités : médecin seul, médecin et autre (comptable, secrétaire, tierce personne), autre seul (comptable, secrétaire, tierce personne isolé ou ensemble)

-Engagement professionnel :

- Qualification de Maître de Stage Universitaire

- Temps pour la Formation Médicale Continue : compte-tenu du faible effectif des répondants, nous avons réparti les réponses en « d'accord » (tout-à-fait d'accord, d'accord, plutôt d'accord) et « pas d'accord » (plutôt pas d'accord, pas d'accord, pas d'accord du tout)

-Organisation de la vie personnelle :

- Temps de repos et congés :
  - Nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents
  - Nombre de semaines de vacances l'année précédente

- Interférence travail-famille :
  - Vacances avec les enfants au cours des 3 mois précédents
  - Difficultés liées aux horaires de la profession concernant le mode de garde des enfants
  - Estimation du temps (suffisant) à consacrer aux enfants
  - Possibilité en cas d'urgence concernant un des enfants à se libérer des obligations professionnelles dans l'heure
  - Possibilité de trouver facilement et rapidement un moyen de garde « de secours » pour les enfants
  - Possibilité à se libérer du temps pour des évènements ponctuels (prévus ou imprévus) pour les enfants

Concernant ces 4 dernières variables, aux vues de la disparité des réponses et du faible nombre de répondants, nous avons réparti les réponses en 3 modalités : « d'accord » (tout-à-fait d'accord, d'accord, plutôt d'accord), « pas d'accord » (plutôt pas d'accord, pas d'accord, pas d'accord du tout), et « non concerné ».

Facteurs inter-individuels :

- Nombre de RCP au cours des 3 mois précédents
- Temps en minutes consacré à la concertation médicale au cours de la semaine précédente
- Temps en minutes consacré à la concertation avec des professions paramédicales au cours de la semaine précédente
- Participation à des groupes Balint
- Fréquence à laquelle les professionnels de santé associés ont été vécus comme une source de conflit
- Fréquence à laquelle les professionnels de santé associés ont été vécus comme une ressource

Pour ces 2 dernières variables, devant le faible effectif de répondants nous avons regroupé les réponses en 3 modalités : « jamais ou rarement » (jamais, quelques fois par an), « parfois » (une fois par mois, quelques fois par mois), « souvent » (une fois par semaine, quelques fois par semaine, chaque jour).

Devant le nombre de réponses insuffisant, une analyse des questionnaires regroupés a été effectuée. Pour les médecins ayant répondu à plusieurs questionnaires, seul le premier questionnaire a été pris en compte (afin de limiter les biais).

2.4.2 Statistiques descriptives

Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne et d'écart-type ou de médiane et interquartile si nécessaire.
Les variables qualitatives ont été présentées en effectifs accompagnés de leurs pourcentages.

2.4.3 Statistiques analytiques

2.4.3.1 Variables qualitatives

Une association entre le niveau d'accomplissement personnel et le mode d'installation a été recherchée par un test du Chi2 (ou un test exact de Fisher en cas d'effectifs théoriques insuffisants : effectifs inférieurs à 5).

La recherche des facteurs associés au mode d'installation a été effectuée en analyse univariée par un test du Chi2 (ou un test exact de Fisher en cas d'effectifs théoriques insuffisants).

2.4.3.2 Variables quantitatives

Le test ANOVA a été utilisé pour la comparaison de plusieurs moyennes sur les variables de distribution normale.
Le test non paramétrique de Kruskall-Wallis a été utilisé pour la comparaison de plusieurs moyennes sur les variables de distribution non normale.

Pour les comparaisons deux à deux (seul/cabinet de groupe, seul/en maison de santé pluridisciplinaire, cabinet de groupe/maison de santé pluridisciplinaire) si les tests ci-dessus sont significatifs :
-le test t de Student a été utilisé pour la comparaison de deux moyennes sur les variables de distribution normale
-le test non paramétrique de Wilcoxon a été utilisé pour la comparaison de deux moyennes sur les variables de distribution non normale.

Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des analyses était de 5%.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS 9.4 (SAS Institute, Cary, North Carolina, Etats-Unis, USA).

RESULTATS

Statistiques descriptives :

1. Répondants

1.1 1er envoi

Sur 961 destinataires, 117 ont répondu, soit 12,17% de la population cible. Parmi les répondants, nous avons isolé 3 groupes en fonction du mode d'installation des médecins : seul, en cabinet de groupe (CDG), en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MDSP).

- Le nombre de médecins « seul » était de 31, soit 26,5% des répondants.
- Le nombre de médecins « CDG » était de 65, soit 55,56% des répondants.
- Le nombre de médecins « MDSP » était de 21, soit 17,95% des répondants.

1.2 2e envoi

Sur 997 destinataires, 70 ont répondu, soit 7,02% de la population cible.

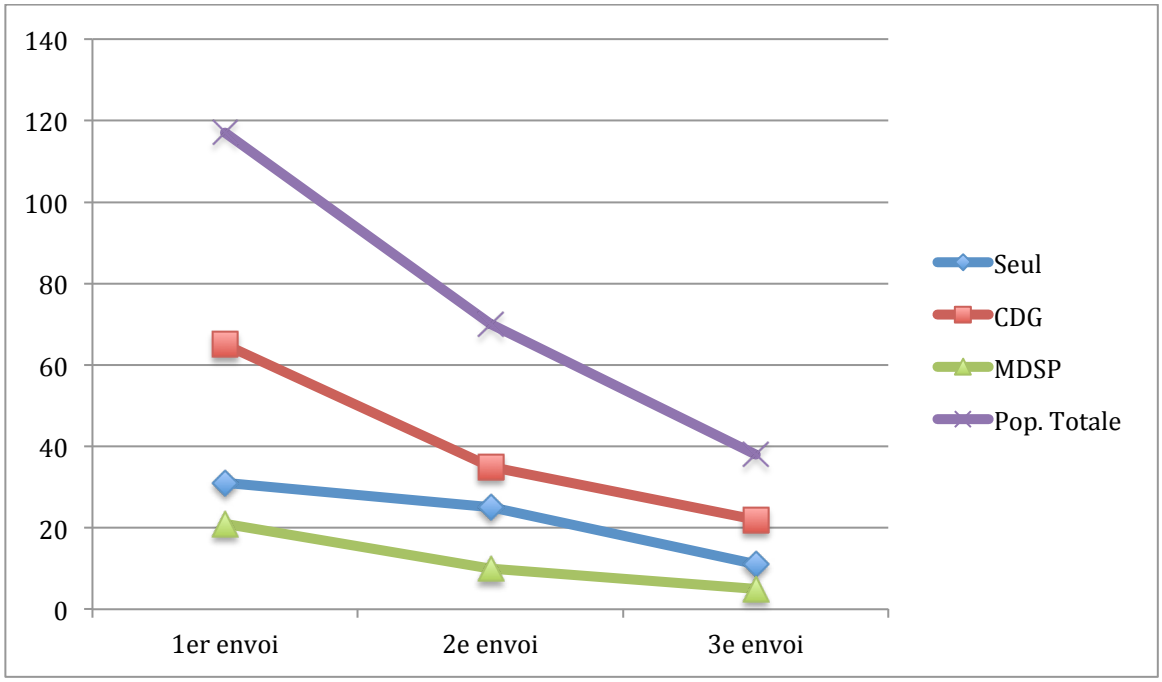
- Le nombre de médecins « seul » était de 25, soit 35,71% des répondants.
- Le nombre de médecins « CDG » était de 35, soit 50% des répondants.
- Le nombre de médecins « MDSP » était de 10, soit 14,29% des répondants.

1.3 3e envoi

Sur 945 destinataires, 38 ont répondu, soit 4,02 % de la population cible.

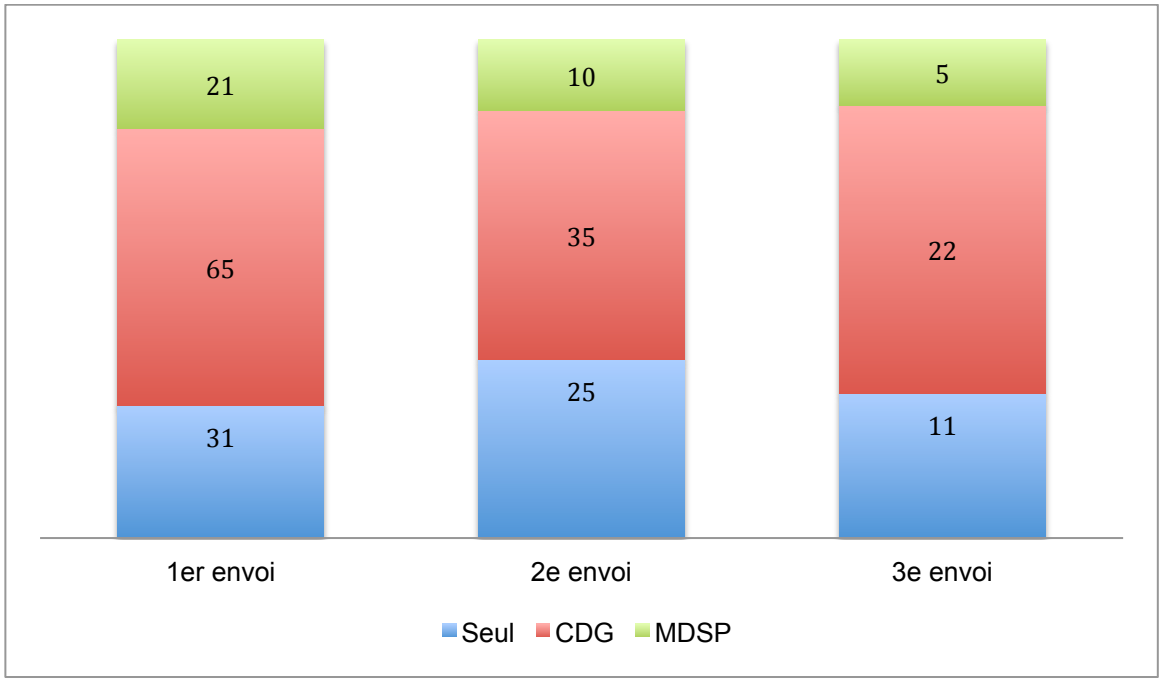
- Le nombre de médecins « seul » était de 11, soit 28,95% des répondants.
- Le nombre de médecins « CDG » était de 22, soit 57,89% des répondants.
- Le nombre de médecins « MDSP » était de 5, soit 13,16% des répondants.

Le graphique 1 montre l'évolution du nombre de médecins répartis dans les différents groupes lors des envois successifs.



Graphique 1 : Evolution du nombre de médecins représentant les différents modes d'installation au cours des envois successifs

L'histogramme 1 met en évidence la répartition des modes d'installation des médecins au cours des 3 envois.



Histogramme 1 : Mode d'installation des médecins répondants au cours des 3 envois

En étudiant les réponses des primo-répondants sur les 3 questionnaires, nous avons donc 200 répondants, soit 20,06% de la population cible (en se basant sur 997 destinataires, plus grand nombre de destinataires de nos envois).

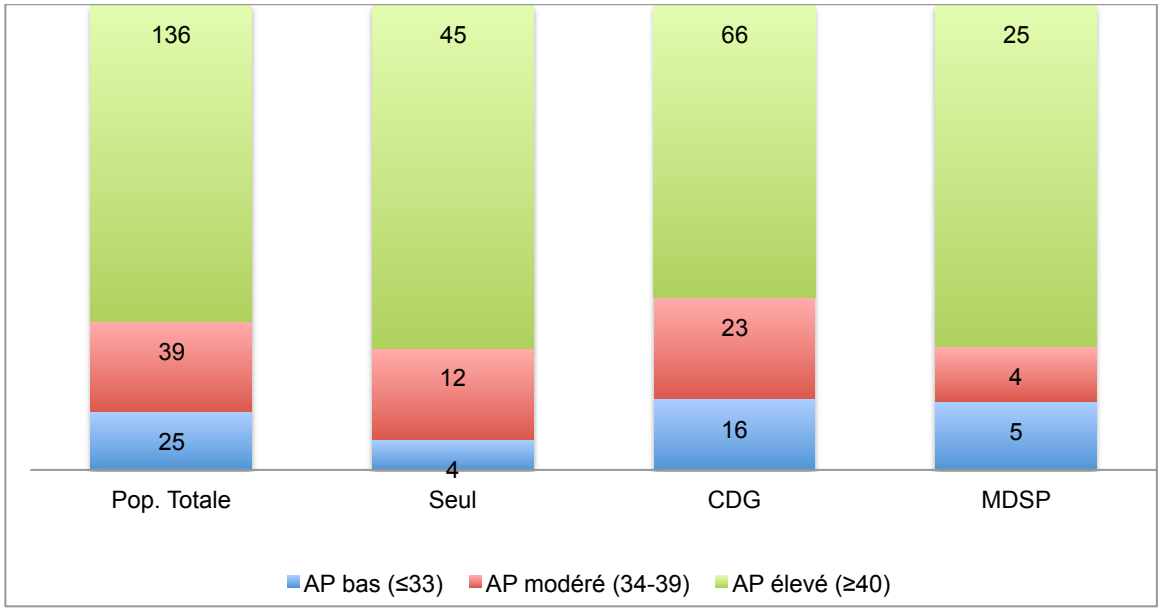
- Le nombre de médecins « seul » est de 61, soit 30,5% des répondants.
- Le nombre de médecins « CDG » est de 105, soit 52,5% des répondants.
- Le nombre de médecins « MDSP » est de 34, soit 17% des répondants.

2. Analyse descriptive des primo-répondants aux 3 questionnaires

2.1 Score d'accomplissement personnel

	Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
	N	% pop.totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Elevé (en faveur BO bas)	136	*68*	45	*74*	66	*63*	25	*74*
Modéré	39	*20*	12	*20*	23	*22*	4	*11*
Bas (en faveur BO élevé)	25	*12*	4	*6*	16	*15*	5	*15*

L'histogramme 2 montre la proportion des différents modes d'installation en fonction du score d'accomplissement personnel.



Histogramme 2 : Répartition du mode d'installation en fonction du score d'accomplissement personnel

2.2 Facteurs intra-individuels

2.2.1 Caractéristiques socio-démographiques

Au total 79 femmes et 121 hommes ont répondu :

- 25 femmes et 36 hommes dans le groupe « seul ».
- 46 femmes et 59 hommes dans le groupe « CDG ».
- 8 femmes et 26 hommes dans le groupe « MDSP ».

Les médecins répondants étaient âgés de 29 à 85 ans. L'âge moyen était de 53 ans (écart-type de 8). La médiane est à 53 ans.

- Dans le groupe « seul », l'âge moyen est de 56 ans (entre 44 et 85 ans). L'écart-type est de 7, la médiane à 55 ans.
- Dans le groupe « CDG », l'âge moyen est de 51 ans (entre 33 et 72 ans). L'écart-type est de 8, la médiane à 52 ans.

- Dans le groupe « MDSP », l'âge moyen est de 51 ans (entre 29 et 66 ans). L'écart-type est de 10, la médiane à 53 ans.

177 répondants vivent en couple, contre 23 vivant seuls :

- 54 en couple et 7 seuls dans le groupe « seul ».
- 92 en couple et 13 seuls dans le groupe « CDG ».
- 31 en couple et 3 seuls dans le groupe « MDSP ».

Ils ont en moyenne 1 enfant à la maison (écart-type de 1), le minimum étant aucun enfant et le maximum 7. La médiane est à 1 enfant.

- Dans le groupe « seul », le nombre moyen d'enfants est de 1 (écart-type de 1), le minimum est 0 enfant, le maximum 7 enfants. La médiane est à 1 enfant.
- Dans le groupe « CDG», le nombre moyen d'enfants est de 1 (écart-type de 1), le minimum est 0 enfant, le maximum 6 enfants. La médiane est à 1 enfant.
- Dans le groupe « MDSP», le nombre moyen d'enfants est de 2 (écart-type de 1), le minimum est 0 enfant, le maximum 5 enfants. La médiane est à 2 enfants.

179 médecins n'ont aucun enfant de moins de 6 ans à la maison, 16 ont 1 enfant de moins de 6 ans, et 3 ont 2 enfants de moins de 6 ans.

- Dans le groupe « seul » : 57 médecins n'ont aucun enfant âgé de moins de 6 ans, 2 ont un enfant de moins de 6 ans. Deux données sont manquantes
- Dans le groupe « CDG » : 95 médecins n'ont aucun enfant âgé de moins de 6 ans, 9 ont un enfant de moins de 6 ans, un médecin en a 2.
- Dans le groupe « MDSP » : 27 médecins n'ont aucun enfant âgé de moins de 6 ans, 5 ont un enfant de moins de 6 ans, 2 médecins en ont 2.

		Pop. totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
		N	% pop.totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Sexe	Féminin	79	*40*	25	*41*	46	*44*	8	*23*
	Masculin	121	*60*	36	*59*	59	*56*	26	*77*
Situation familiale	En couple	177	*89*	54	*89*	92	*88*	31	*91*
	Seul	23	*11*	7	*11*	13	*12*	3	*9*
Enfants de moins de 6 ans à la maison	0	179	*90*	57	*97*	95	*90*	27	*79*
	1	16	*8*	2	*3*	9	*9*	5	*15*
	2	3	*2*	0	*0*	1	*1*	2	*6*

2.2.2 Stratégies de coping

STRATEGIES POSITIVES

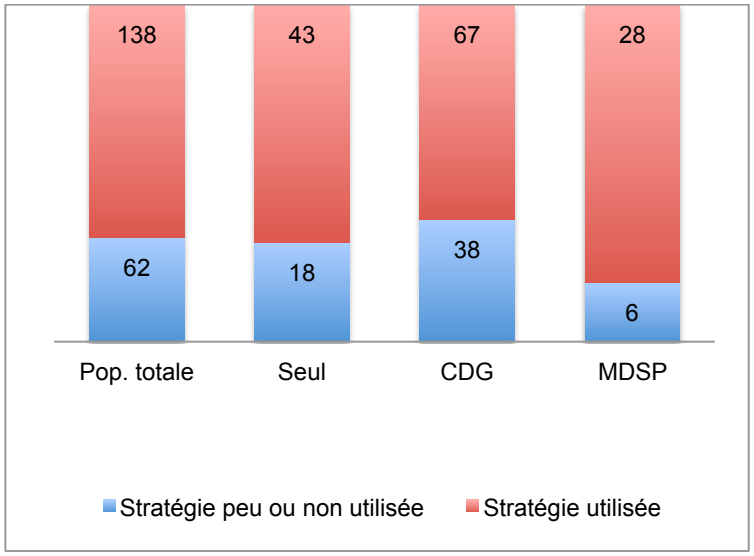
	Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
	N	% pop. totale	N	% seul	N	% CDG	N	% MDSP
Coping actif :								
Je me suis déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	62	*31*	18	*29*	38	*36*	6	*18*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	138	*69*	43	*71*	67	*64*	28	*82*
J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	58	*29*	21	*34*	30	*29*	7	*21*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	142	*71*	40	*66*	75	*71*	27	*79*
Recherche de soutien émotionnel :								
J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	140	*70*	42	*69*	74	*71*	24	*71*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	60	*30*	19	*31*	31	*29*	10	*29*
J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	106	*53*	31	*51*	58	*55*	17	*50*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	94	*47*	30	*49*	47	*45*	17	*50*
Religion :								
J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	168	*84*	47	*77*	92	*88*	29	*85*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	32	*16*	14	*23*	13	*12*	5	*15*
J'ai prié ou médité.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	164	*82*	48	*79*	87	*83*	29	*85*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	36	*18*	13	*21*	18	*17*	5	*15*

Acceptation :								
J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	77	*38*	19	*31*	44	*42*	14	*41*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	123	*62*	42	*69*	61	*58*	20	*59*
J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	92	*46*	25	*41*	54	*51*	13	*38*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	108	*54*	36	*59*	51	*49*	21	*62*
Recherche de soutien instrumental :								
J'ai recherché de l'aide et le conseil d'autres personnes.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	111	*56*	37	*61*	59	*56*	15	*44*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	89	*44*	24	*39*	46	*44*	19	*56*
J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	112	*56*	35	*57*	63	*60*	14	*41*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	88	*44*	26	*43*	42	*40*	20	*59*
Positiver :								
J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	58	*29*	15	*25*	35	*33*	8	*23*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	142	*71*	46	*75*	70	*67*	26	*77*
J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	93	*46*	26	*43*	55	*52*	12	*35*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	107	*54*	35	*57*	50	*48*	22	*65*

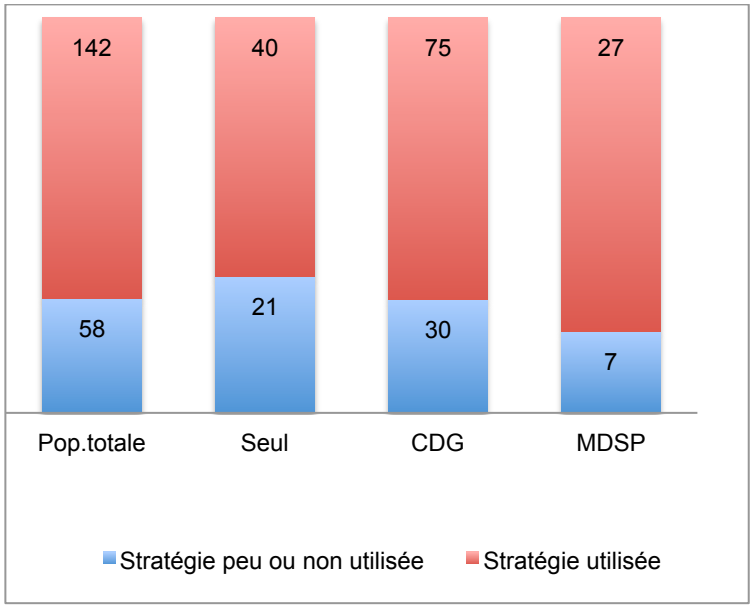
Planifier :								
J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	54	*27*	21	*34*	24	*23*	9	*26*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	146	*73*	40	*66*	81	*77*	25	*74*
J'ai planifié les étapes à suivre.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	101	*51*	31	*51*	58	*55*	12	*35*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	99	*49*	30	*49*	47	*45*	22	*65*
Humour :								
J'ai pris la situation avec humour.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	131	*66*	41	*67*	71	*68*	19	*56*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	69	*34*	20	*33*	34	*32*	15	*44*
Je me suis amusé(e) de la situation.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	171	*86*	51	*84*	95	*91*	25	*74*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	29	*14*	10	*16*	10	*9*	9	*26*

Les histogrammes 3 à 10 illustrent la répartition de l'utilisation de chaque stratégie positive de coping (pour chaque question la représentant) en fonction du mode d'installation.

Histogramme 3 : Coping actif

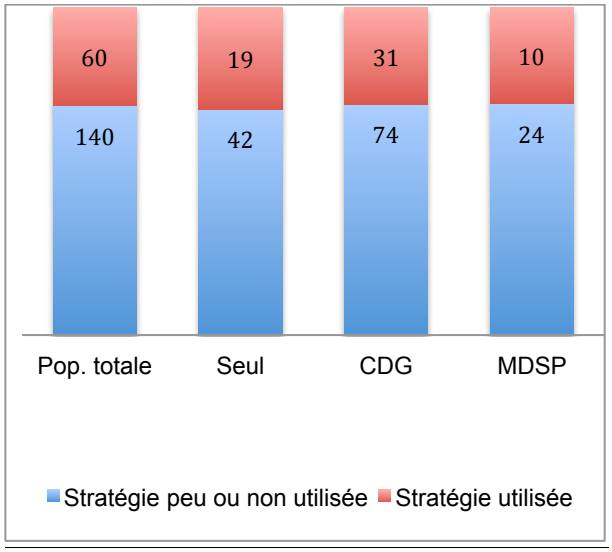


Question 1 :
Je me suis déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.



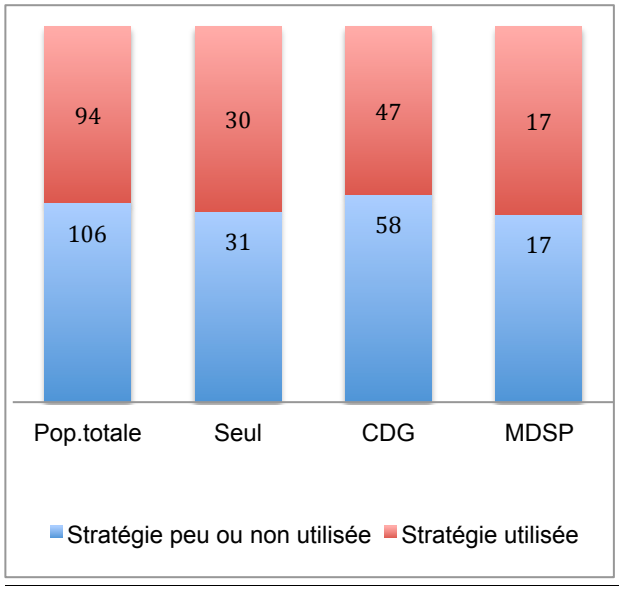
Question 2 : J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation.

Histogramme 4 : Recherche de soutien émotionnel



Question 1 :

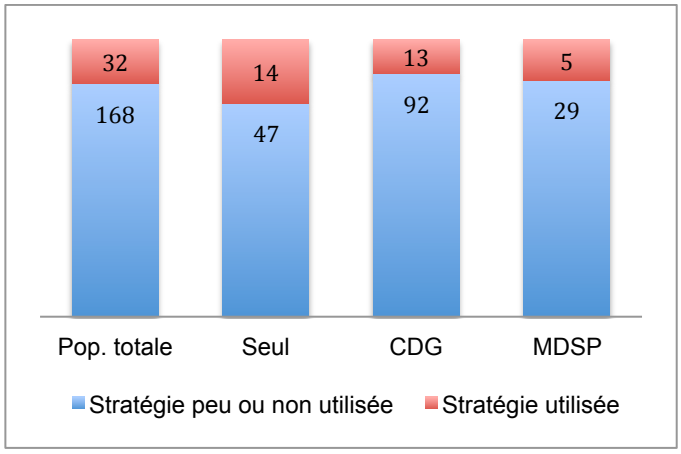
J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.



Question 2 :

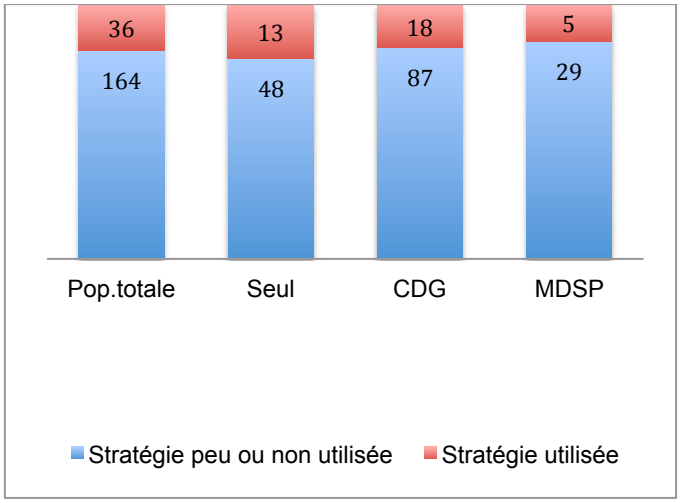
J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.

Histogramme 5 : Religion



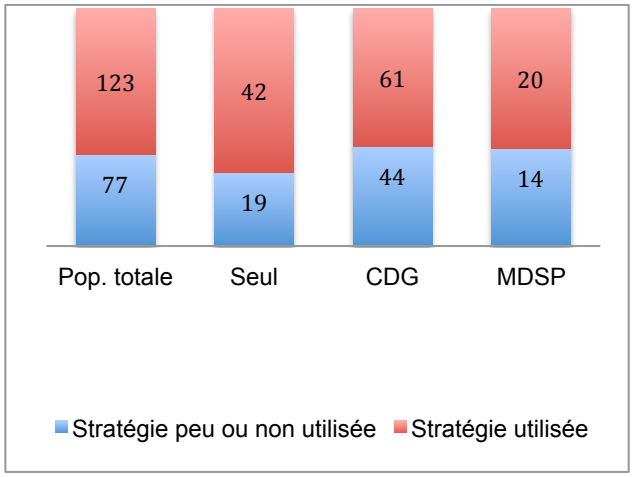
Question 1 :

J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.



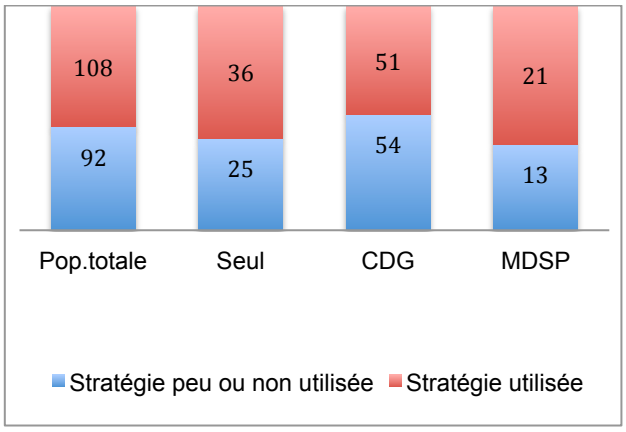
Question 2 :
J'ai prié ou médité.

Histogramme 6 : Acceptation



Question 1 :

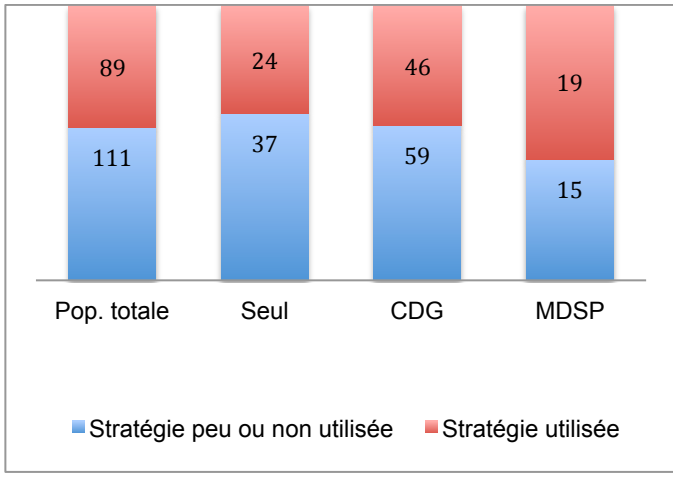
J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.



Question 2 :

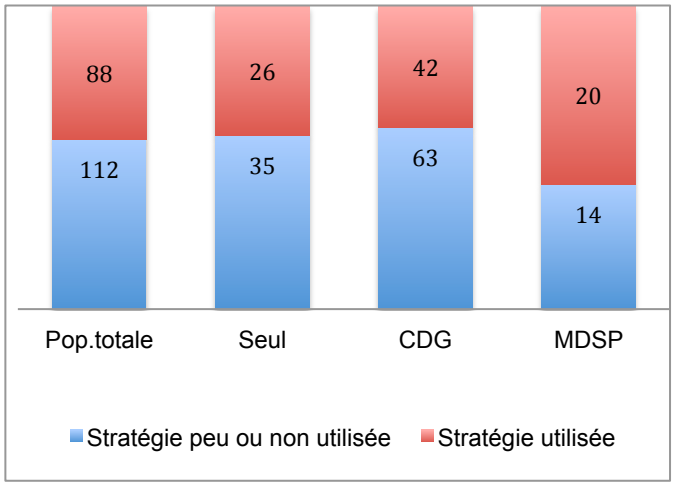
J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.

Histogramme 7 : Recherche de soutien instrumental



Question 1 :

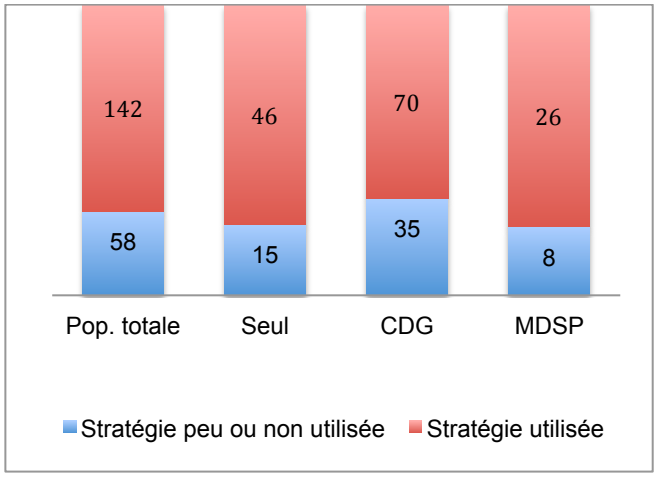
J'ai recherché de l'aide et le conseil d'autres personnes.



Question 2 :

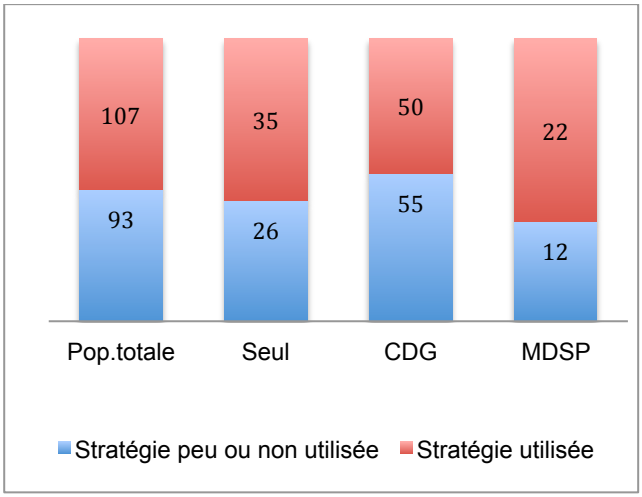
J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.

Histogramme 8 : Positiver



Question 1 :

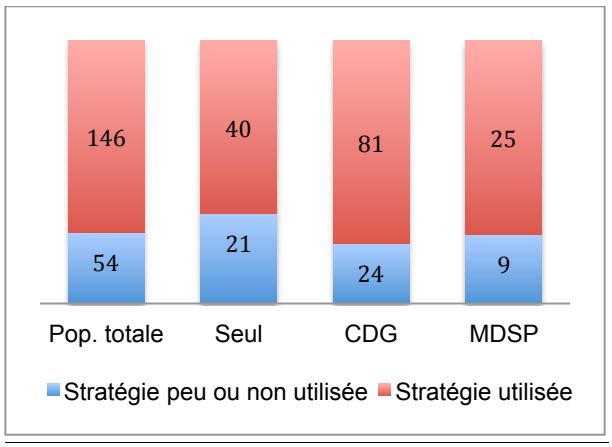
J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.



Question 2 :

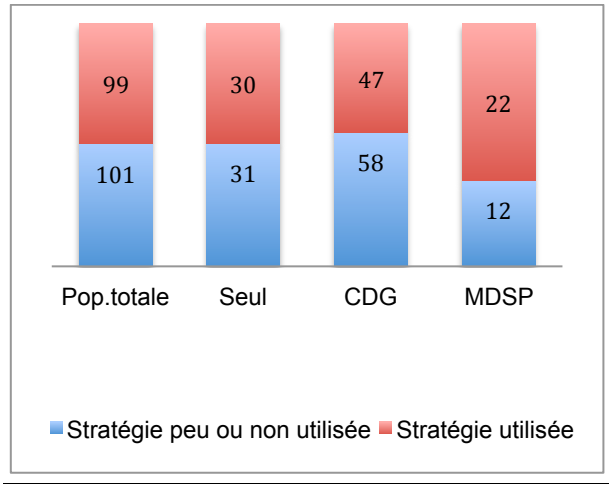
J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.

Histogramme 9 : Planifier



Question 1 :

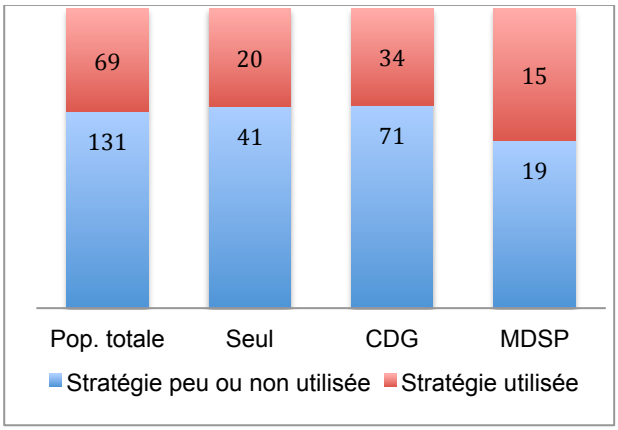
J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.



Question 2 :

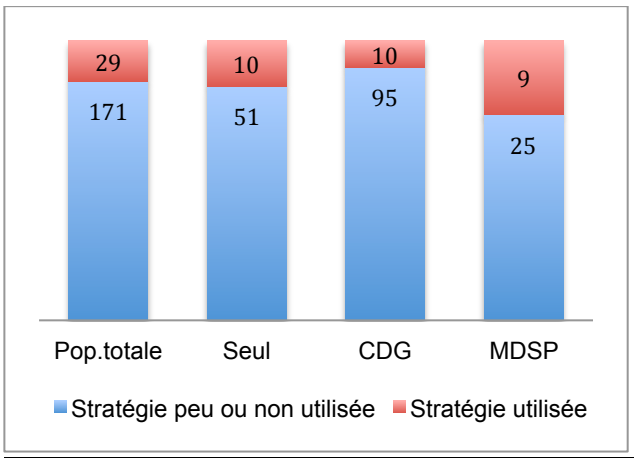
J'ai planifié les étapes à suivre.

Histogramme 10 : Humour



Question 1 :

J'ai pris la situation avec humour.



Question 2 :

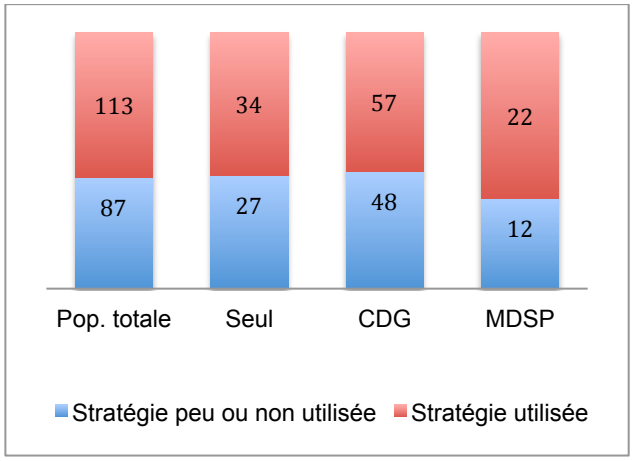
Je me suis amusé(e) de la situation.

STRATEGIES NEGATIVES

	Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
	N	% pop. totale	N	% seul	N	% CDG	N	% MDSP
Evitement :								
Je me suis tourné(e) vers le travail ou vers d'autres activités pour me changer les idées.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	87	*43*	27	*44*	48	*46*	12	*35*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	113	*57*	34	*56*	57	*54*	22	*65*
J'ai fait quelque chose pour moins y penser (aller au cinéma, regarder la télévision, lire, dormir…)								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	103	*52*	33	*54*	51	*49*	19	*56*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	97	*48*	28	*46*	54	*51*	15	*44*
Déni :								
Je me suis dit que ce n'était pas réel.	184	*92*	57	*93*	95	*91*	32	*94*
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	16	*8*	4	*7*	10	*9*	2	*6*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)								
J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	188	*94*	56	*92*	100	*95*	32	*94*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	12	*6*	5	*8*	5	*5*	2	*6*
Prise de substances :								
J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	194	*97*	56	*92*	104	*100*	34	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	6	*3*	5	*8*	1	*0*	0	*0*
J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	195	*98*	57	*93*	104	*100*	34	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	5	*2*	4	*7*	1	*0*	0	*0*
Renonciation :								
J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	183	*92*	59	*97*	93	*89*	31	*91*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	17	*8*	2	*3*	12	*11*	3	*9*
J'ai abandonné l'espoir de faire face.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	190	*95*	58	*95*	99	*94*	33	*97*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	10	*5*	3	*5*	6	*6*	1	*3*
Extériorisation :								
J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	100	*50*	30	*49*	58	*55*	12	*35*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	100	*50*	31	*51*	47	*45*	22	*65*
J'ai exprimé mes sentiments négatifs.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	115	*58*	35	*57*	60	*57*	20	*59*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	85	*42*	26	*43*	45	*43*	14	*41*
Culpabilité :								
Je me suis critiqué(e).								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	88	*44*	28	*46*	49	*47*	11	*32*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	112	*56*	33	*54*	56	*53*	23	*68*
Je me suis reproché(e) les choses qui m'arrivaient.								
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	166	*83*	52	*85*	87	*83*	27	*79*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	34	*17*	9	*15*	18	*17*	7	*21*

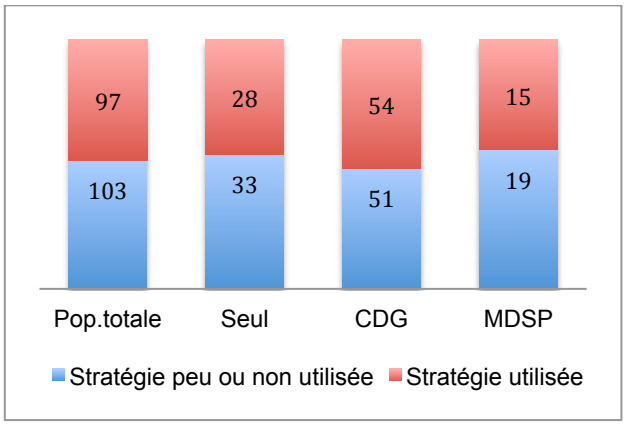
Les histogrammes 11 à 16 illustrent la répartition de l'utilisation de chaque stratégie négative de coping (pour chaque question la représentant) en fonction du mode d'installation.

Histogramme 11 : Evitement



Question 1 :

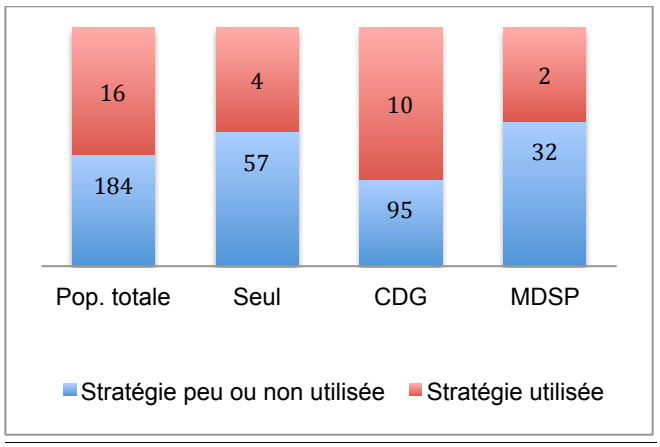
Je me suis tourné(e) vers le travail ou vers d'autres activités pour me changer les idées.



Question 2 :

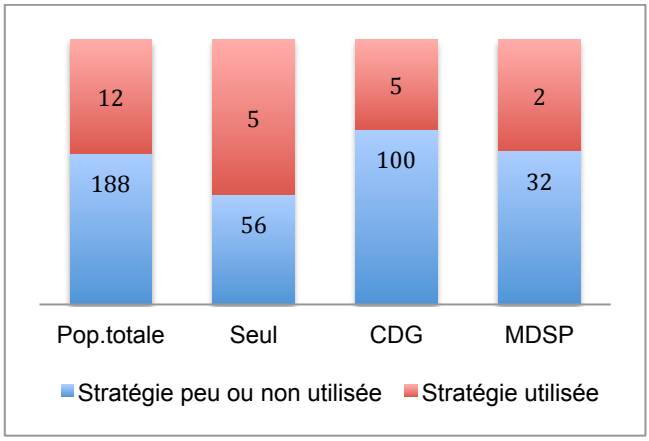
J'ai fait quelque chose pour moins y penser (aller au cinéma, regarder la télévision, lire, dormir…)

Histogramme 12 : Déni



Question 1 :

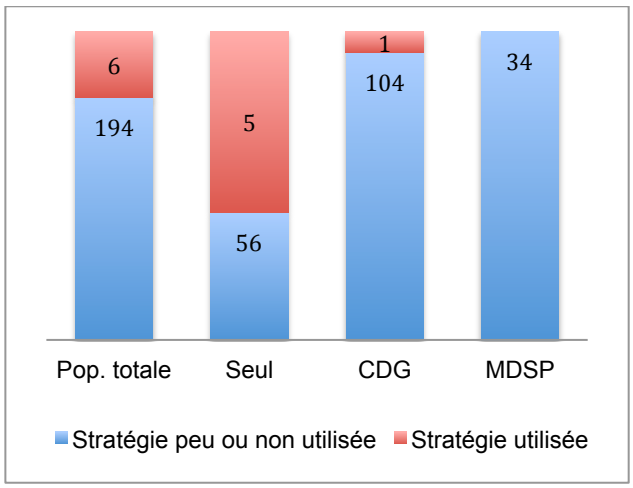
Je me suis dit que ce n'était pas réel.



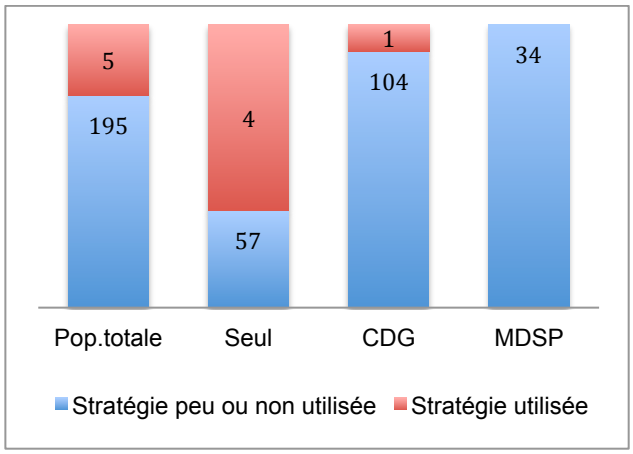
Question 2 :

J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.

Histogramme 13 : Prise de substances

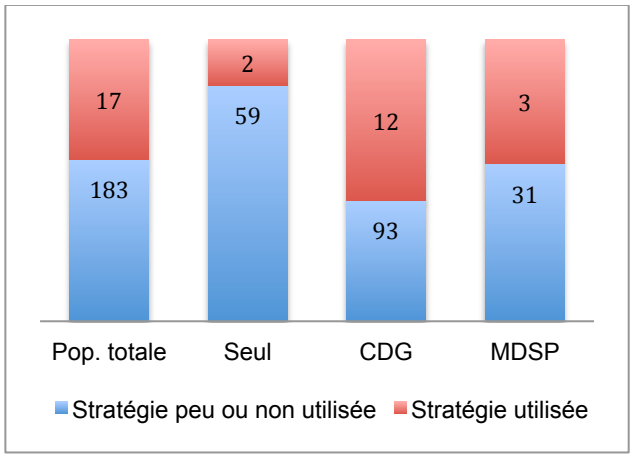


Question 1 :
J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.



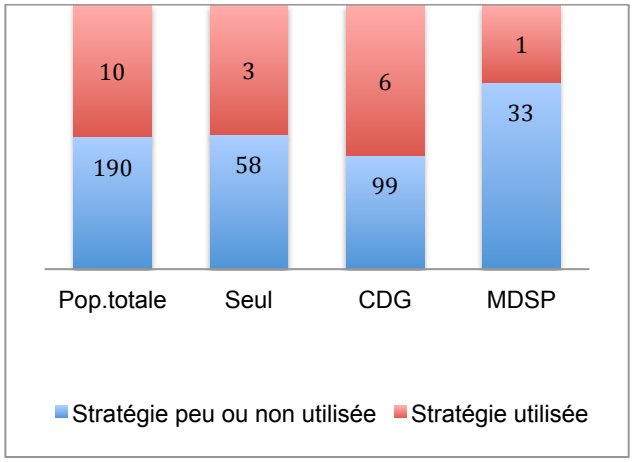
Question 2 :
J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.

Histogramme 14 : Renonciation



Question 1 :

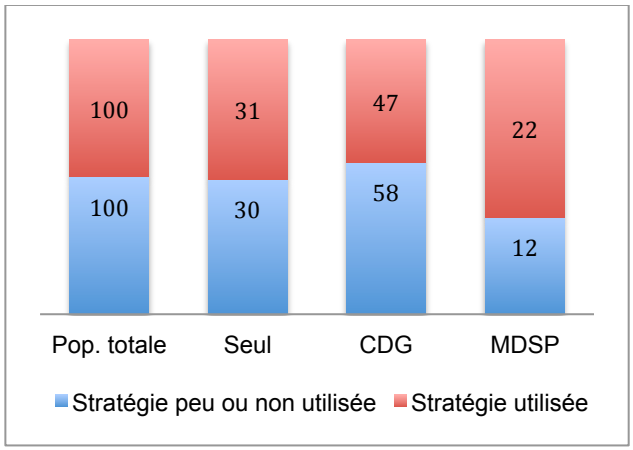
J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.



Question 2 :

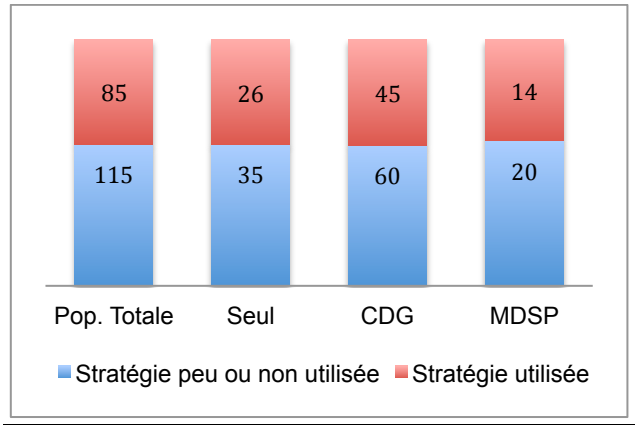
J'ai abandonné l'espoir de faire face.

Histogramme 15 : Extériorisation



Question 1 :

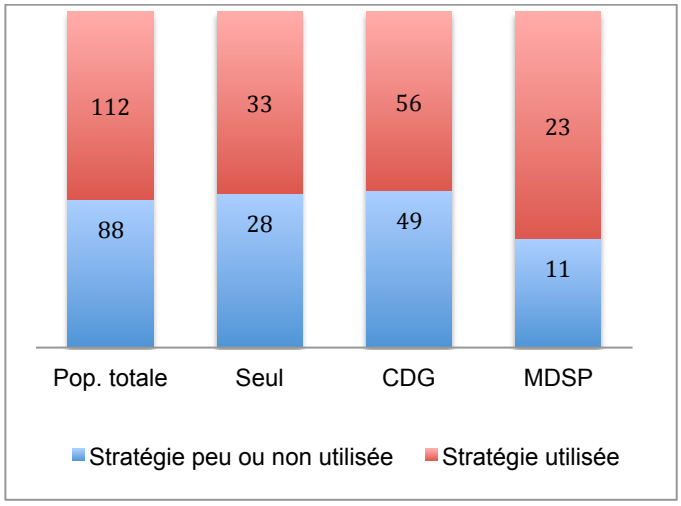
J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.



Question 2 :

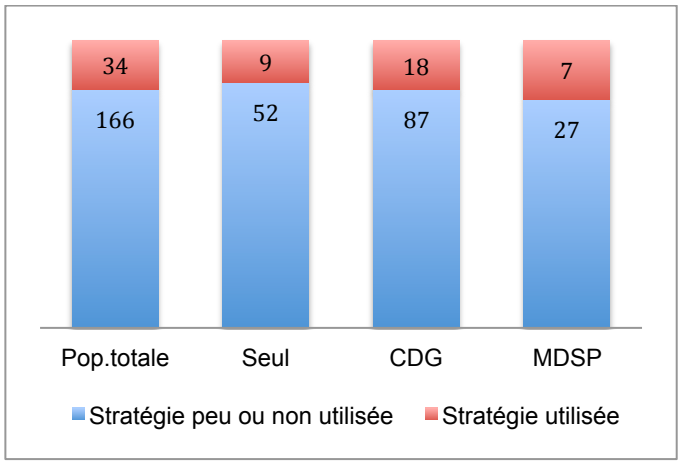
J'ai exprimé mes sentiments négatifs.

Histogramme 16 : Culpabilité



Question 1 :

Je me suis critiqué(e).



Question 2 :

Je me suis reproché(e) les choses qui m'arrivaient.

2.2.3 Facteurs intra-individuels : résumé

La moyenne d'âge des médecins répondants est de **53 ans** (groupe « seul » 56 ans, groupe « cabinet de groupe » 51 ans, groupe « MDSP » 51 ans).

La majorité des médecins (117 sur 200) sont **en couple** et ont en moyenne **1 enfant** à la maison.

Seulement **19 répondants sur 200** ont des **enfants de moins de 6 ans** à la maison :

16 ont 1 enfant de moins de 6 ans à la maison : 2 « seul », 9 « CDG », 5 « MDSP ».

3 ont 2 enfants de moins de 6 ans à la maison : 1 « CDG », 2 « MDSP ».

En ce qui concerne les stratégies de coping :

La stratégie positive la plus utilisée est celle du **coping actif** (entre 69 et 71% de la population totale), contrairement à la stratégie de recours à la religion ou à la spiritualité (16 à 18% de la population totale).

Les stratégies négatives les moins utilisées sont celles de **déni** (6 à 8% de la population totale), de **prise de substances** (2-3% de la population totale) et de **renonciation** (5-8% de la population totale).

2.3 Facteurs organisationnels

2.3.1 Durée d'installation

La durée moyenne d'installation est de 23 ans (installation depuis minimum 1 an et maximum 56 ans, écart-type de 10), avec une médiane à 23 ans. Une donnée est manquante.

- Dans le groupe « seul », la durée moyenne d'installation est de 25 ans (minimum 6 ans et maximum 56 ans, écart-type de 9), avec une médiane à 23 ans.
- Dans le groupe « CDG », la durée moyenne d'installation est de 22 ans (minimum 2 ans et maximum 44 ans, écart-type de 10), avec une médiane à 22 ans. Une donnée est manquante.
- Dans le groupe « MDSP », la durée moyenne d'installation est de 21 ans (minimum 1 an et maximum 41 ans, écart-type de 11), avec une médiane à 21 ans.

2.3.2 Nombre de médecins

Le nombre moyen de médecins installés (y compris le répondant) est de 3 (écart-type 1), avec au minimum 1 médecin installé et maximum 7 médecins. La médiane est à 2.

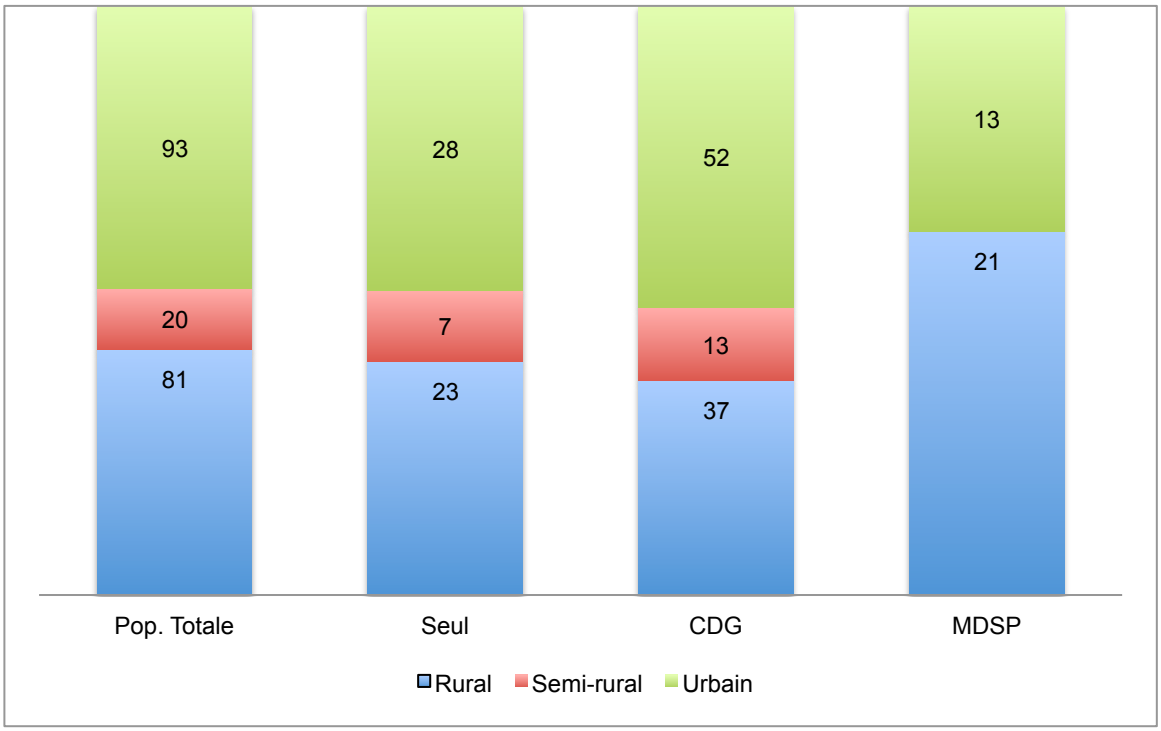
- Dans le groupe « seul », 1 médecin est installé.
- Dans le groupe « CDG », 3 médecins sont installés en moyenne (minimum 1 médecin, maximum 6 médecins). L'écart-type est de 1, la médiane à 3.
- Dans le groupe « MDSP », 4 médecins sont installés en moyenne (minimum 2 médecins, maximum 7 médecins). L'écart-type est de 1, la médiane à 4.

2.3.3 Secteur d'installation

		Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
		N	% pop.totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
SECTEUR D'INSTALLATION	Rural	81	*42*	23	*40*	37	*36*	21	*62*
	Semi-rural	20	*10*	7	*12*	13	*13*	0	*0*
	Urbain	93	*48*	28	*48*	52	*51*	13	*38*

6 données sont manquantes : 3 pour le groupe « seul », 3 pour le groupe « CDG ».

L'histogramme 17 illustre la répartition dans les secteurs d'installation (rural, semi-rural, urbain) pour la population totale et pour chaque mode d'installation.



Histogramme 17 : Répartition en secteurs d'installation (rural, semi-rural, urbain)

2.3.4 Organisation de la vie professionnelle

2.3.4.1 Charge de travail

2.3.4.1.1 Volume

Le nombre d'actes par jour est de 34 en moyenne (écart-type 14), avec des extrêmes de 8 et 60 actes/jour. La médiane est à 30.

Le nombre d'heures en moyenne par semaine est de 53 (écart-type 15), avec un minimum à 9 heures/semaine et un maximum à 110 heures/semaine. La médiane est à 53. Une donnée est manquante.

Le nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine est de 9 (écart-type 2), avec un minimum à 2 demi-journées par semaine et un maximum de 13. La médiane est à 9.

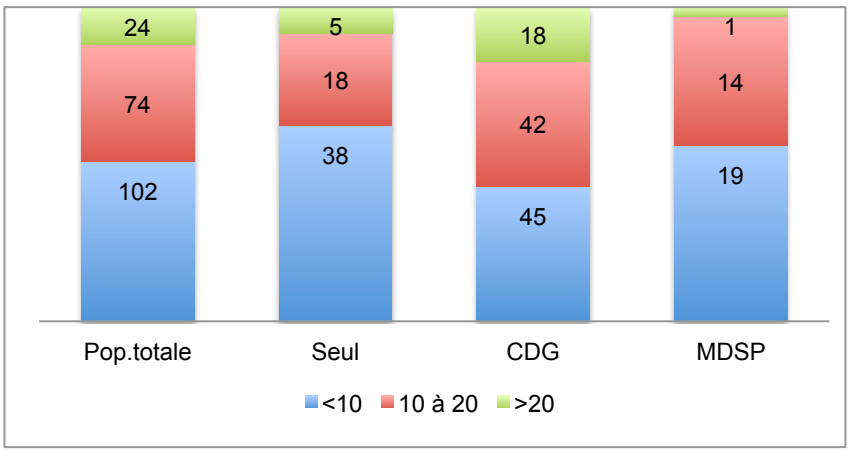
	Population totale	Groupe « seul »	Groupe « CDG »	Groupe « MDSP »
Actes/jour				
moyenne	34	31	35	38
minimum	8	8	18	20
maximum	60	60	60	60
écart-type	14	15	14	14
médiane	30	28	30	35
Heures/semaine				
moyenne	53	55	51	53
minimum	9	9	10	12
maximum	110	100	99	110
écart-type	15	18	12	16
médiane	53	56	50	55
données manquantes	1	1		
Demi-journées travaillées/semaine				
moyenne	9	9	9	9
minimum	2	2	5	2
maximum	13	12	13	11

écart-type	2	2	1	2
médiane	9	10	9	9

2.3.4.1.2 Visites à domicile (VAD)

		Population totale		Groupe « Seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
		N	% Pop.totale	N	% « Seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
VAD / SEMAINE	<10	102	*51*	38	*62*	45	*43*	19	*56*
	10-20	74	*37*	18	*30*	42	*40*	14	*41*
	>20	24	*12*	5	*8*	18	*17*	1	*3*

L'histogramme 18 montre les proportions de médecins réalisant moins de 10 visites par semaine en moyenne, entre 10 et 20 visites par semaine en moyenne, et plus de 20 visites par semaine en moyenne en fonction de leur mode d'installation.



Histogramme 18 : Visites à domicile par semaine en moyenne en fonction du mode d'installation

2.3.4.1.3 Patients en fin de vie

Dans la population totale, le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 3 (écart-type 4), avec au minimum

aucun patient, et au maximum 32 patients en fin de vie. La médiane est à 3. Une donnée est manquante.

	Population totale	Groupe « seul »	Groupe « CDG »	Groupe « MDSP »
Patients en fin de vie				
Moyenne	3	3	4	3
Minimum	0	0	0	0
Maximum	32	10	32	10
Ecart-type	4	2	4	3
Médiane	3	3	3	3
Données manquantes	1		1	

2.3.4.2 Irrégularité des horaires et gardes

	Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
	N	% pop. totale	N	% seul	N	% CDG	N	% MDSP
Au cours du dernier trimestre, en dehors de gardes, avez-vous travaillé entre 20h et 6h ?								
Oui	100	*50*	25	*41*	56	*53*	19	*56*
Non	100	*50*	36	*59*	49	*47*	15	*44*
Au cours du dernier trimestre, en dehors de gardes, avez-vous travaillé le week-end (à partir de samedi 13h) ?								
Oui	71	*36*	20	*33*	38	*36*	13	*38*
Non	129	*64*	41	*67*	67	*64*	21	*62*

Le nombre de gardes par mois est de 1 en moyenne (minimum aucune garde par mois et maximum 13 gardes par mois, écart-type de 1). La médiane est à 1. Une donnée est manquante.

- Dans le groupe « seul », le nombre de gardes est de 1 en moyenne, minimum aucune garde et maximum 5 gardes. L'écart-type est de 1, la médiane à 0.

- Dans le groupe « CDG », le nombre de gardes est de 1 en moyenne, minimum aucune garde et maximum 13 gardes. L'écart-type est de 1, la médiane à 1.
- Dans le groupe « MDSP », le nombre de gardes est de 1 en moyenne, minimum aucune garde et maximum 3 gardes. L'écart-type est de 1, la médiane à 1. Une donnée est manquante.

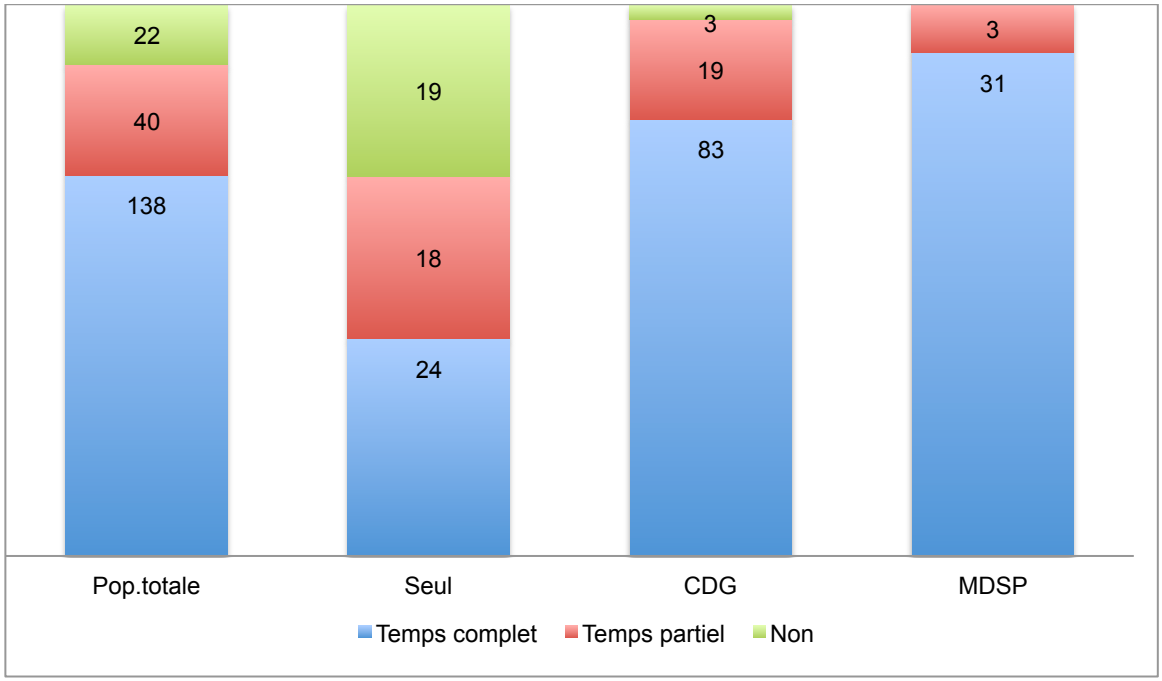
Dans la population totale, 10 médecins ont un repos compensateur après ces gardes (soit 5% de la population totale), et 190 médecins n'en ont pas (soit 95%).

- 3 médecins du groupe « seul » ont un repos compensateur (4,9%) et 58 n'en ont pas (95,1%)
- 5 médecins du groupe « CDG » ont un repos compensateur (4,8%) et 100 n'en ont pas (95,2%)
- 2 médecins du groupe « MDSP » ont un repos compensateur (5,9%) et 32 n'en ont pas (94,1%).

2.3.4.3 Charge administrative et secrétariat

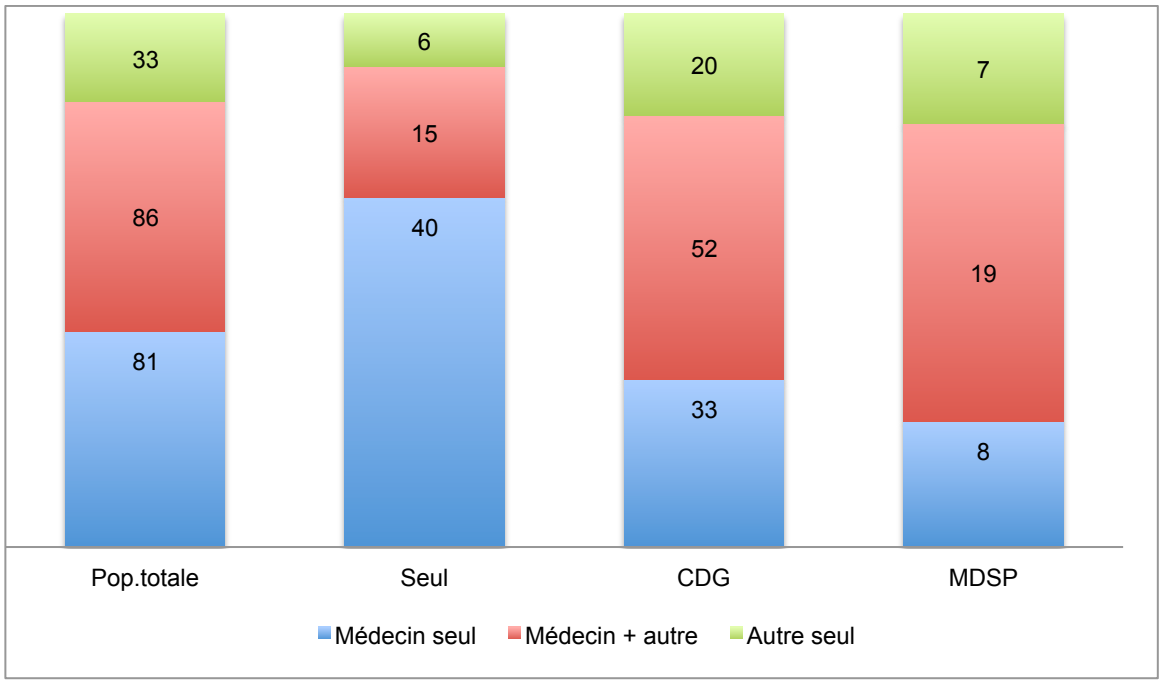
	Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
	Effectif	% pop.totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Avez-vous une secrétaire pour répondre aux appels téléphoniques (présente ou secrétariat téléphonique)?								
Temps complet	138	*69*	24	*39*	83	*79*	31	*91*
Temps partiel	40	*20*	18	*30*	19	*18*	3	*9*
Non	22	*11*	19	*31*	3	*3*	0	*0*
Qui s'occupe des tâches administratives du cabinet ?								
Médecin seul	81	*41*	40	*66*	33	*31*	8	*23*
Médecin + autre	86	*43*	15	*24*	52	*50*	19	*56*
Autre seul	33	*16*	6	*10*	20	*19*	7	*21*

L'histogramme 19 illustre la présence d'un secrétariat pour la prise d'appels téléphoniques en fonction du mode d'installation.



Histogramme 19 : Disponibilité d'un secrétariat pour la prise d'appels téléphoniques

L'histogramme 20 illustre la répartition de la gestion des tâches administratives en fonction du mode d'installation.



Histogramme 20 : Gestion des tâches administratives du cabinet

2.3.4.4 Engagement professionnel

	Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
	N	% pop.totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Etes-vous Maître de Stage Universitaire ?								
Oui	85	*42*	16	*26*	44	*42*	25	*74*
Non	115	*58*	45	*74*	61	*58*	9	*26*
J'estime consacrer suffisamment de temps à ma Formation Médicale Continue :								
D'accord	106	*53*	32	*53*	54	*51*	20	*59*
Pas d'accord	94	*47*	29	*47*	51	*49*	14	*41*

2.3.4.5 Facteurs organisationnels (vie professionnelle) : résumé

En ce qui concerne la **charge de travail** :

Le nombre d'**actes par jour** en moyenne est de **34** pour la population totale (31 groupe « seul », 35 « CDG », 38 « MDSP »).

Le nombre d'**heures par semaine** en moyenne est de **53h** (55h « seul », 51h « CDG », 53h « MDSP »).

Le nombre moyen de **demi-journées travaillées par semaine** est de **9** de façon uniforme sur les 3 groupes.

La **moitié des médecins** (51% de la population totale) réalise **moins de 10 visites à domicile par semaine** (62% des médecins installés seuls, 43% des médecins en cabinet de groupe, 56% des médecins en MDSP).

Au cours du dernier trimestre, en dehors de gardes, **50% de la population totale déclare avoir travaillé entre 20h et 6h** (41% « seul », 53% « CDG », 56% « MDSP »), et environ **un tiers (36%) le week-end** (à partir du samedi 13h) : 33% « seul », 36% « CDG », 38% « MDSP ».

Le nombre mensuel moyen de gardes est de 1 de façon uniforme sur les 3 groupes, et **5% seulement des médecins a eu un repos compensateur**.

La grande **majorité** des médecins a une **secrétaire** à temps complet ou partiel pour répondre aux **appels téléphoniques** (89% population totale, 69% « seul », 97% « CDG », 100% « MDSP »).

42% des médecins répondants sont **MSU** (Maître de Stage Universitaire) : 26% « seul », 42% « CDG », 74% « MDSP ».

Un peu plus de la moitié de la population totale **(53%) estime consacrer suffisamment de temps à sa Formation Médicale Continue** (53% « seul », 51% « CDG », 59% « MDSP ».

2.3.5 Organisation de la vie personnelle

2.3.5.1 Temps de congés

Le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 17 jours (minimum 0 jours, maximum 105 jours). L'écart-type est de 12, la médiane est à 15.

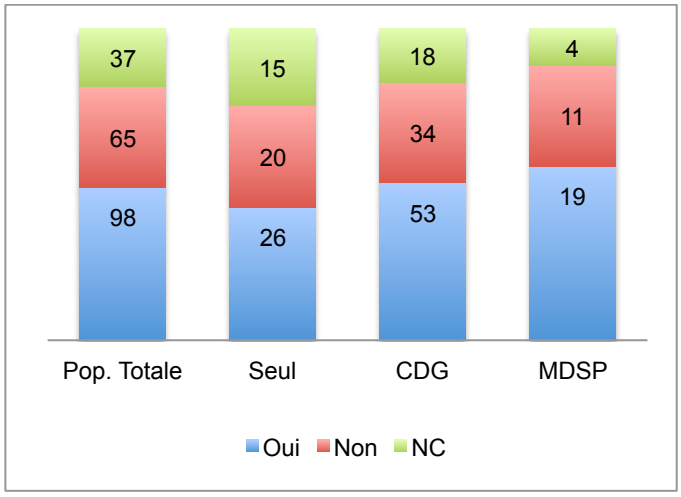
Le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 6 semaines (minimum 0 semaine, maximum 40 semaines). L'écart-type est de 4, la médiane est à 6 semaines. Une donnée est manquante.

	Groupe « Seul »	Groupe « CDG »	Groupe « MDSP »
Nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents :			
Moyenne	17	16	19
Minimum	0	0	5
Maximum	105	42	60
Ecart-type	15	11	12
Médiane	15	14	17
Nombre de semaines de vacances au cours de l'année précédente :			
Moyenne	5	6	7
Minimum	0	2	1
Maximum	40	30	12
Ecart-type	5	4	2
Médiane	5	6	7
Données manquantes	1		

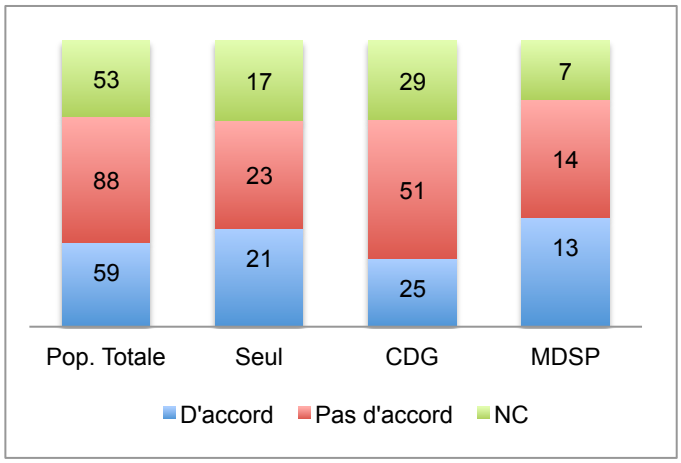
2.3.5.2 Interférence travail-famille, disponibilité pour ses enfants

	Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
	N	% pop. totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Etes-vous parti(e) en vacances avec vos enfants au cours des 3 derniers mois?								
Oui	98	*49*	26	*42*	53	*51*	19	*56*
Non	65	*33*	20	*33*	34	*32*	11	*32*
Non concerné	37	*18*	15	*25*	18	*17*	4	*12*
J'estime avoir suffisamment de temps à consacrer à mes enfants.								
D'accord	59	*30*	21	*34*	25	*24*	13	*38*
Pas d'accord	88	*44*	23	*38*	51	*49*	14	*41*
Non concerné	53	*26*	17	*28*	29	*27*	7	*21*
Je rencontre des difficultés liées aux horaires de ma profession concernant le mode de garde de mes enfants (crèche, garderie, assistante maternelle, baby-sitter)								
D'accord	55	*28*	12	*20*	29	*28*	14	*41*
Pas d'accord	25	*12*	6	*10*	14	*13*	5	*15*
Non concerné	120	*60*	43	*70*	62	*59*	15	*44*
Je peux en cas d'urgence concernant un de mes enfants me libérer de mes obligations professionnelles dans l'heure.								
D'accord	72	*36*	22	*36*	34	*32*	16	*47*
Pas d'accord	73	*37*	22	*36*	42	*40*	9	*26*
Non concerné	55	*27*	17	*28*	29	*28*	9	*27*
Je peux facilement et rapidement trouver un moyen de garde "de secours" (famille, voisins, amis) de mes enfants si je dois aller travailler.								

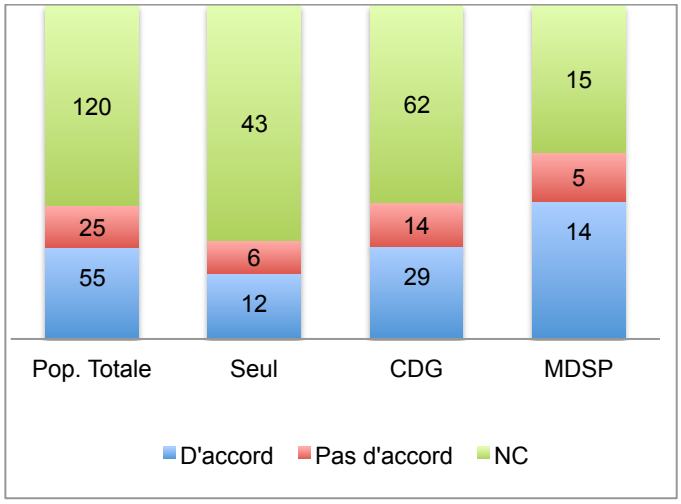
D'accord	68	*34*	18	*29*	37	*35*	13	*38*
Pas d'accord	37	*18*	12	*20*	18	*17*	7	*21*
Non concerné	95	*48*	31	*51*	50	*48*	14	*41*
J'arrive facilement à me libérer du temps pour des évènements ponctuels prévus ou imprévus pour mes enfants (spectacle, anniversaire, enfant malade).								
D'accord	89	*45*	26	*43*	41	*39*	22	*65*
Pas d'accord	59	*29*	19	*31*	33	*31*	7	*21*
Non concerné	52	*26*	16	*26*	31	*30*	5	*14*



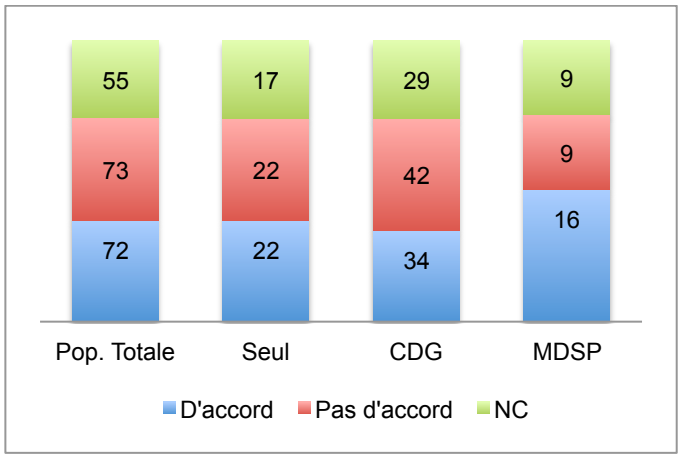
Histogramme 21 : Vacances avec les enfants



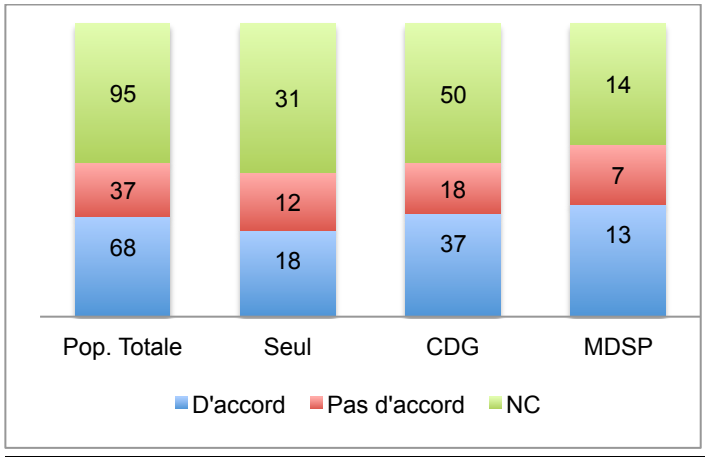
Histogramme 22 : Temps consacré aux enfants



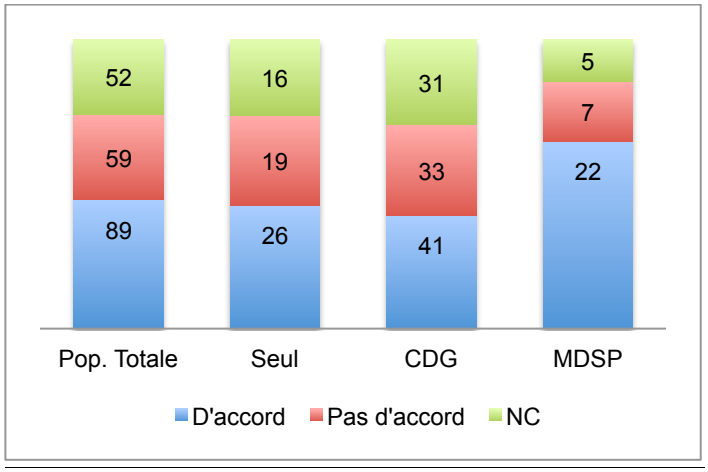
Histogramme 23 : Horaires et mode de garde



Histogramme 24 : Disponibilité en cas d'urgence



Histogramme 25 : Moyen de garde « de secours »



Histogramme 26 : Disponibilité pour des évènements ponctuels

Les histogrammes 21 à 26 montrent la répartition entre les avis des médecins (d'accord, pas d'accord, non concerné) dans la population totale et pour chaque mode d'installation quant aux différents critères de disponibilité pour ses enfants : vacances, temps consacré, difficultés de mode de garde liées aux horaires de la profession, disponibilité en cas d'urgence, disponibilité d'un mode de garde « de secours », disponibilité pour des évènements prévus ou imprévus.

2.3.5.3 Facteurs organisationnels (vie personnelle) : résumé

Le nombre moyen de **jours de vacances au cours des 3 derniers mois** est de **17** pour la population totale (17 groupe « seul », 16 « CDG », 19 « MDSP »).
Le nombre de **semaines de vacances au cours de l'année précédente** est de **6** pour la population totale (5 « seul », 6 « CDG », 7 « MDSP »).

Environ **la moitié (49%) de la population totale est partie en vacances avec ses enfants au cours des 3 derniers mois** (42% « seul », 51% « CDG », 56% « MDSP »).
12% de la population totale (10% « seul », 13% « CDG », 15% « MDSP ») ne rencontre **pas de difficultés liées aux horaires** de sa profession concernant le mode de garde de ses enfants.
34% de la population totale (29% « seul », 35% « CDG », 38% « MDSP » a un **moyen de garde « de secours »** pour ses enfants en cas d'obligation professionnelle.
36% de la population totale (36% « seul », 32% « CDG », 47% « MDSP ») peut **se libérer de ses obligations professionnelles** dans l'heure **en cas d'urgence** concernant un de ses enfants.

2.4 Facteurs inter-individuels

2.4.1 Réunions de concertation pluridisciplinaire

Dans la population totale interrogée, au cours des 3 mois précédents, les répondants sont allés en moyenne 0 fois à une RCP formalisée à l'hôpital concernant un de leurs patients (minimum 0 fois, maximum 5 fois). L'écart-type est à 1, la médiane à 0. Une donnée est manquante.

Dans le groupe « seul », la moyenne est à 0 fois (minimum 0 fois, maximum 5 fois). L'écart-type est à 1, la médiane à 0.

Dans le groupe « CDG », la moyenne est à 0 fois (minimum 0 fois, maximum 5 fois). L'écart-type est à 1, la médiane à 0. Une donnée est manquante.

Dans le groupe « MDSP », la moyenne est à 0 fois (minimum 0 fois, maximum 2 fois). L'écart-type est à 1, la médiane à 0.

2.4.2 Concertation informelle

2.4.2.1 Avec confrères médicaux

Dans la population totale, le temps moyen consacré à une concertation informelle avec les confrères médecins au cours de la semaine précédente est de 30 minutes (minimum 0 minutes, maximum 360 minutes). L'écart-type est à 47, la médiane à 15 minutes.

2.4.2.2 Avec confrères paramédicaux

Dans la population totale, le temps moyen consacré à une concertation informelle avec les confrères paramédicaux au cours de la semaine précédente est de 19 minutes (minimum 0 minutes, maximum 180 minutes). L'écart-type est à 24, la médiane à 10 minutes.

	Groupe « seul »	Groupe « CDG »	Groupe « MDSP »
Temps (min.) consacré à concertation médicale la semaine précédente :			
Moyenne	20	34	39
Minimum	0	0	0
Maximum	180	360	180
Ecart-type	33	50	38
Médiane	10	20	30
Temps (min.) consacré à concertation paramédicale la semaine précédente :			
Moyenne	16	18	27
Minimum	0	0	0
Maximum	90	180	120
Ecart-type	19	26	26
Médiane	10	10	25

2.4.3 Groupes Balint

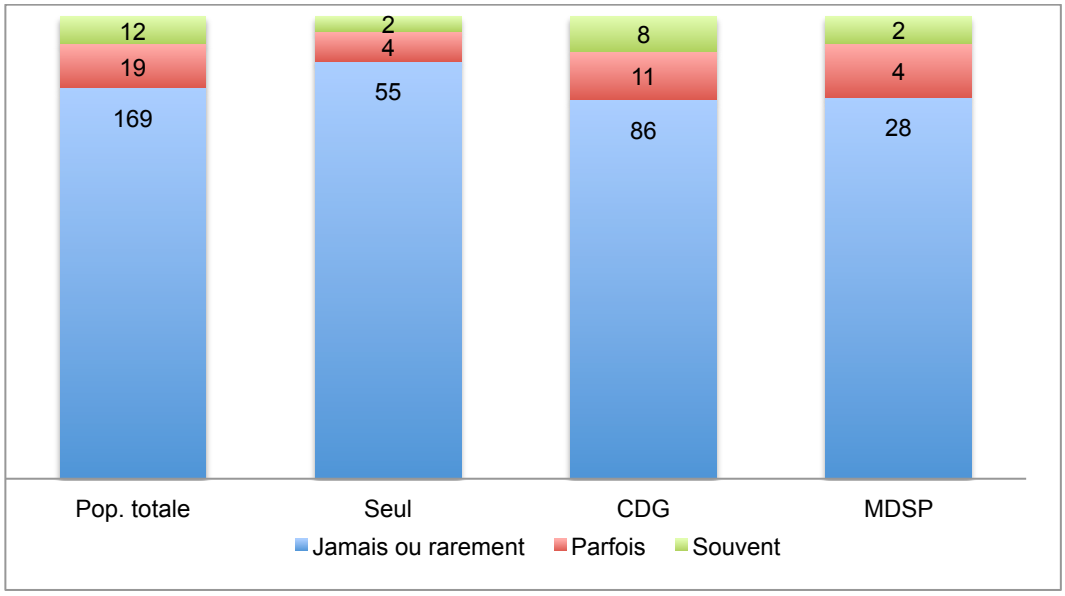
Dans la population totale, 9 médecins participent à un groupe Balint (soit 4,5%), contre 191 non participants (soit 95,5%).

- Dans le groupe « seul », 5 médecins participent à un groupe Balint (soit 8,2 % du groupe « seul ») contre 56 non-participants (soit 91,8% du groupe « seul »).
- Dans le groupe « CDG», 3 médecins participent à un groupe Balint (soit 2,9 % du groupe « CDG ») contre 102 non-participants (soit 97,1% du groupe « CDG»).
- Dans le groupe « MDSP », 1 médecin participe à un groupe Balint (soit 2,9% du groupe « MDSP ») contre 33 non-participants (soit 97,1% du groupe « MDSP »).

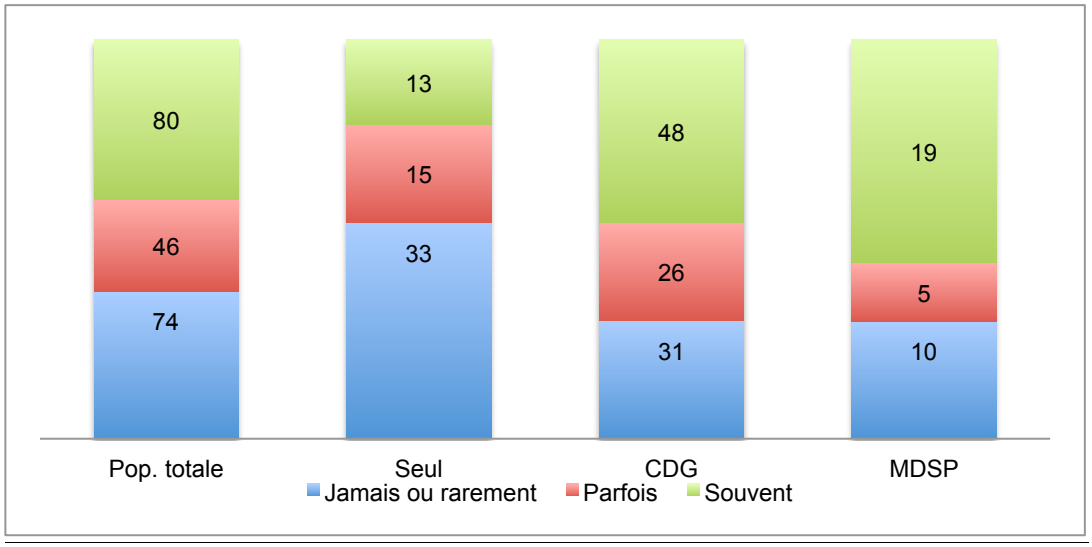
2.4.4 Relations avec les collègues

	Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
	N	% pop.totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Vous avez eu des difficultés (conflit ou désaccord) avec un des professionnels de santé travaillant avec vous.								
Jamais ou rarement	169	*85*	55	*90*	86	*82*	28	*82*
Jamais								
Quelques fois par an								
Parfois	19	*9*	4	*7*	11	*10*	4	*12*
Une fois par mois								
Quelques fois par mois								
Souvent	12	*6*	2	*3*	8	*8*	2	*6*
Une fois par semaine								
Quelques fois par semaine								
Chaque jour								
Vous avez ressenti les professionnels de santé travaillant avec vous comme une ressource lors de situations difficiles (difficultés relationnelles avec un patient, doute diagnostique).								
Jamais ou rarement	74	*37*	33	*54*	31	*29*	10	*29*
Jamais								
Quelques fois par an								
Parfois	46	*23*	15	*25*	26	*25*	5	*15*
Une fois par mois								
Quelques fois par mois								
Souvent	80	*40*	13	*21*	48	*46*	19	*56*
Une fois par semaine								
Quelques fois par semaine								
Chaque jour								

Les histogrammes 27 et 28 illustrent la fréquence à laquelle les professionnels de santé travaillant avec le répondant sont considérés comme une source de difficultés ou comme une ressource, dans la population totale de répondants puis en fonction du mode d'installation.



Histogramme 27 : Fréquence à laquelle les professionnels de santé associés sont considérés comme source de difficultés



Histogramme 28 : Fréquence à laquelle les professionnels de santé associés sont considérés comme une ressource

2.4.5 Facteurs inter-individuels : résumé

La majorité des répondants **n'a pas participé à une RCP formalisée à l'hôpital concernant un de leurs patients au cours des 3 derniers mois** (en moyenne 0 fois dans la population totale et dans les 3 groupes).

Le temps moyen consacré à la **concertation médicale** au cours de la semaine précédente est de **30 minutes** (20 min « seul », 34 min « CDG », 39min « MDSP »).

Le temps moyen consacré à la **concertation paramédicale** au cours de la semaine précédente est de **19 minutes** (16min « seul », 18 min « CDG », 27min « MDSP »).

Seulement **4,5%** des médecins interrogés participent à des **groupes Balint**.

85% des participants (90% »seul », 82% « CDG » et « MDSP ») **n'ont jamais ou rarement eu des difficultés** avec un des professionnels travaillant avec eux.

40% des participants (21% « seul », 46% « CDG », 56% « MDSP ») ressentent **souvent** les professionnels de santé travaillant avec eux comme une **ressource lors de situations difficiles**.

2.5 En résumé

Facteurs intra-individuels notables :

La majorité des répondants (68%) ont un **score élevé d'accomplissement personnel** (74% du groupe seul, 63% du groupe CDG, 74% du groupe MDSP).

La majorité des répondants sont des **hommes** (59% seul, 56% CDG, 77% MDSP), vivent **en couple** (89% seul, 88% CDG, 91% MDSP) et **n'ont pas d'enfants de moins de 6 ans à la maison** (97% seul, 90% CDG, 79% MDSP).

La **stratégie de coping positive la plus utilisée** est le **coping actif** (69-71% population totale, 66-71% seul, 64-71% CDG, 79-82% MDSP), à la différence de la stratégie de recours à la religion ou à la spiritualité, peu utilisée (16-18% population totale, 21-23% seul, 12-17% CDG, 15% MDSP).

Les **stratégies de coping négatives de déni** (6-8% population totale, 7-8% seul, 5-9% CDG, 6% MDSP)**, prise de substances** (2-3% population totale, 7-8% seul, 0% CDG, 0% MDSP)**, renonciation** (5-8% population totale, 3-5% seul, 6-11% CDG, 3-9% MDSP) sont **peu utilisées**.

Facteurs organisationnels notables :

Le nombre d'**actes par jour** est en moyenne **entre 30 et 40** (34 population totale, 31 seul, 35 CDG, 38 MDSP).

Le nombre d'**heures par semaine** est en moyenne **entre 50 et 55** (53 population totale, 55 seul, 51 CDG, 53 MDSP).

Le nombre de **demi-journées travaillées par semaine** est en moyenne de **9** dans la population totale et tous les groupes d'installation.

Seulement **5% de la population totale** déclare avoir un **repos compensateur** après une garde (4,9% seul, 4,8% CDG, 5,9% MDSP)

Une **minorité** de répondants n'a **pas de secrétaire pour répondre aux appels téléphoniques** (11% population totale, 31% seul, 3% CDG, 0% MDSP)

Facteurs inter-individuels notables :

La majorité des répondants **n'a pas participé à une RCP formalisée à l'hôpital concernant un de leurs patients au cours des 3 derniers mois** (en moyenne 0 fois dans la population totale et dans les 3 groupes).

Parmi les répondants, **peu participent à des groupes Balint** (4,5% population totale, 8,2% seul, 2,9% CDG, 2,9% MDSP).

La majorité déclare n'avoir **jamais ou rarement eu de difficultés avec un des professionnels de santé associés** (85% population totale, 90% seul, 82% CDG, 82% MDSP).

3. Analyse descriptive des répondants à plusieurs questionnaires

3.1 Répondants

Au total 20 répondants ont répondu à 2 ou 3 envois de questionnaire.

5 répondants ont répondu aux 3 envois :

- 1 du groupe « seul »
- 4 du groupe « Cabinet de Groupe-CDG »
- aucun du groupe « Maison de Santé Pluridisciplinaire-MDSP »

10 répondants ont répondu aux 1er et 2e envois :

- 2 du groupe « seul »
- 6 du groupe « Cabinet de Groupe-CDG »
- 2 du groupe « Maison de Santé Pluridisciplinaire-MDSP »

4 répondants ont répondu aux 1er et 3e envois :

- 2 du groupe « seul »
- 2 du groupe « Cabinet de Groupe-CDG »
- aucun du groupe « Maison de Santé Pluridisciplinaire-MDSP »

1 répondant appartenant au groupe « MDSP » a répondu aux 2 et 3e envois.

Avec ces médecins pluri-répondants, nous avons donc :

- 19 répondants au 1er envoi : 5 « seul », 12 « CDG », 2 « MDSP ».
- 16 répondants au 2e envoi : 3 « seul », 10 « CDG », 3 « MDSP ».
- 10 répondants au 3e envoi : 3 « seul », 6 « CDG », 1 « MDSP ».

3.2 Score d'accomplissement personnel

		Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
		N	% pop.totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Elevé (en faveur BO bas)	Q1	11	*58*	4	*80*	6	*50*	1	*50*
	Q2	11	*69*	2	*67*	7	*70*	2	*67*
	Q3	7	*70*	1	*33*	5	*83*	1	*100*
Modéré	Q1	4	*21*	0	*0*	4	*33*	0	*0*
	Q2	1	*6*	0	*0*	1	*10*	0	*0*
	Q3	1	*10*	1	*33*	0	*0*	0	*0*
Bas (en faveur BO élevé)	Q1	4	*21*	1	*20*	2	*17*	1	*50*
	Q2	4	*25*	1	*33*	2	*20*	1	*33*
	Q3	2	*20*	1	*33*	1	*17*	0	*0*

3.3 Facteurs intra-individuels

3.3.1 Caractéristiques socio-démographiques

3.3.1.1 Sexe et âge

Au total 9 femmes et 11 hommes ont répondu.

Lors du 1er envoi : 9 femmes et 10 hommes ont répondu.

- 3 femmes et 2 hommes dans le groupe « seul »
- 6 femmes et 6 hommes dans le groupe « CDG »
- 2 hommes dans le groupe « MDSP ».

Lors du 2e envoi : 7 femmes et 9 hommes ont répondu.

- 3 femmes dans le groupe « seul »
- 4 femmes et 6 hommes dans le groupe « CDG »
- 3 hommes dans le groupe « MDSP ».

Lors du 3e envoi : 5 femmes et 5 hommes ont répondu.

- 1 femme et 2 hommes dans le groupe « seul »
- 4 femmes et 2 hommes dans le groupe « CDG »
- 1 homme dans le groupe « MDSP ».

Lors du 1er envoi : l'âge moyen des répondants est de 52 ans (entre 44 et 62 ans). L'écart-type est de 5, la médiane à 51 ans.

- Dans le groupe « seul », l'âge moyen est de 54 ans (entre 49 et 62 ans). L'écart-type est de 6, la médiane à 53 ans.
- Dans le groupe « CDG », l'âge moyen est de 51 ans (entre 44 et 59 ans). L'écart-type est de 5, la médiane à 50,5 ans.
- Dans le groupe « MDSP », l'âge moyen est de 54 ans (entre 53 et 55 ans). L'écart-type est de 1, la médiane à 54 ans.

Lors du 2e envoi : l'âge moyen des répondants est de 50 ans (entre 44 et 59 ans). L'écart-type est de 4, la médiane à 50,5 ans.

- Dans le groupe « seul », l'âge moyen est de 50 ans (entre 48 et 53 ans). L'écart-type est de 3, la médiane à 49 ans.
- Dans le groupe « CDG », l'âge moyen est de 50 ans (entre 44 et 59 ans). L'écart-type est de 4, la médiane à 49,5 ans.
- Dans le groupe « MDSP », l'âge moyen est de 53 ans (entre 51 et 56 ans). L'écart-type est de 2,5, la médiane à 53 ans.

Lors du 3e envoi : l'âge moyen des répondants est de 54 ans (entre 44 et 62 ans). L'écart-type est de 6, la médiane à 53,5 ans.

- Dans le groupe « seul », l'âge moyen est de 57 ans (entre 49 et 62 ans). L'écart-type est de 7, la médiane à 60 ans.
- Dans le groupe « CDG », l'âge moyen est de 53 ans (entre 44 et 59 ans). L'écart-type est de 6, la médiane à 53,5 ans.
- Dans le groupe « MDSP », le seul répondant est âgé de 51 ans.

3.3.1.2 Situation familiale

16 répondants vivent en couple, contre 4 vivant seuls :

- 4 en couple et 1 seul dans le groupe « seul ».
- 9 en couple et 3 seuls dans le groupe « CDG ».
- 3 en couple dans le groupe « MDSP ».

Ils ont en moyenne 1 enfant à la maison (écart-type de 1,2), le minimum étant aucun enfant et le maximum 4. La médiane est à 1 enfant.

- Dans le groupe « seul », le nombre moyen d'enfants est de 1 (écart-type de 1), le minimum est 0 enfant, le maximum 3 enfants. La médiane est à 0 enfant.
- Dans le groupe « CDG», le nombre moyen d'enfants est de 1 (écart-type de 1), le minimum est 0 enfant, le maximum 4 enfants. La médiane est à 1 enfant.

- Dans le groupe « MDSP», le nombre moyen d'enfants est de 2 (écart-type de 1), le minimum est 1 enfant, le maximum 3 enfants. La médiane est à 2 enfants.

19 médecins n'ont aucun enfant de moins de 6 ans à la maison, 1 médecin (du groupe « CDG ») a 1 enfant de moins de 6 ans à la maison.

3.3.2 Stratégies de coping

		Population totale					
		Effectif			% pop. totale		
		Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
STRATEGIES POSITIVES	**Coping actif** :						
	Je me suis déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	9	7	3	*47*	*44*	*30*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	10	9	7	*53*	*56*	*70*
	J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	8	5	2	*42*	*31*	*20*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	11	11	8	*58*	*69*	*80*
	Recherche de soutien émotionnel :						
	J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	12	11	7	*63*	*69*	*70*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	7	5	3	*37*	*31*	*30*
	J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	7	6	3	*37*	*37*	*30*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	12	10	7	*63*	*63*	*70*
	Religion :						
	J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	16	12	9	*84*	*75*	*90*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	3	4	1	*16*	*25*	*10*
	J'ai prié ou médité.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	16	12	8	*84*	*75*	*80*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	3	4	2	*16*	*25*	*20*
	Acceptation :						
	J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	11	5	3	*58*	*31*	*30*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	8	11	7	*42*	*69*	*70*

	J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	15	8	4	*79*	*50*	*40*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	4	8	6	*21*	*50*	*60*
	Recherche de soutien instrumental :						
	J'ai recherché de l'aide et le conseil d'autres personnes.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	8	8	3	*42*	*50*	*30*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	11	8	7	*58*	*50*	*70*
	J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	10	8	5	*53*	*50*	*50*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	9	8	5	*47*	*50*	*50*
	Positiver :						
	J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	7	5	2	*37*	*31*	*20*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	12	11	8	*63*	*69*	*80*
	J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	13	7	6	*68*	*44*	*60*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	6	9	4	*32*	*56*	*40*
	Planifier :						
	J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	8	4	3	*42*	*25*	*30*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	11	12	7	*58*	*75*	*70*
	J'ai planifié les étapes à suivre.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	12	8	3	*63*	*50*	*30*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	7	8	7	*37*	*50*	*70*
	Humour :						
	J'ai pris la situation avec humour.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	11	8	7	*58*	*50*	*70*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	8	8	3	*42*	*50*	*30*
	Je me suis amusé(e) de la situation.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	18	14	8	*95*	*88*	*80*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	1	2	2	*5*	*12*	*20*

		Population totale					
		Effectif			% pop.totale		
		Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
STRATEGIES NEGATIVES	**Evitement :**						
	Je me suis tourné(e) vers le travail ou vers d'autres activités pour me changer les idées.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	8	8	6	*42*	*50*	*60*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	11	8	4	*58*	*50*	*40*
	J'ai fait quelque chose pour moins y penser (aller au cinéma, regarder la télévision, lire, dormir…)						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	10	9	7	*53*	*56*	*70*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	9	7	3	*47*	*44*	*30*
	Déni :						
	Je me suis dit que ce n'était pas réel.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	16	16	8	*84*	*100*	*80*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	3	0	2	*16*	*0*	*20*
	J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	18	15	10	*95*	*94*	*100*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	1	1	0	*5*	*6*	*0*
	Prise de substances :						
	J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	19	16	10	*100*	*100*	*100*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	0	0	0	*0*	*0*	*0*
	J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	19	16	10	*100*	*100*	*100*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	0	0	0	*0*	*0*	*0*
	Renonciation :						
	J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	19	13	10	*100*	*81*	*100*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	0	3	0	*0*	*19*	*0*
	J'ai abandonné l'espoir de faire face.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	18	16	10	*95*	*100*	*100*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	1	0	0	*5*	*0*	*0*
	Extériorisation :						
	J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	11	9	4	*58*	*56*	*40*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	8	7	6	*42*	*44*	*60*

	J'ai exprimé mes sentiments négatifs.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	10	5	6	*53*	*31*	*60*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	9	11	4	*47*	*69*	*40*
	<u>Culpabilité :</u>						
	Je me suis critiqué(e).						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	10	8	4	*53*	*50*	*40*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	9	8	6	*47*	*50*	*60*
	Je me suis reproché(e) les choses qui m'arrivaient.						
	Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	16	13	8	*84*	*81*	*80*
	Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	3	3	2	*16*	*19*	*20*

STRATEGIES POSITIVES

	Groupe « seul »						Groupe « CDG »						Groupe « MDSP »					
	N			% « seul »			N			% « CDG »			N			% « MDSP »		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
Coping actif :																		
Je me suis déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	2	1	1	*40*	*33*	*33*	6	5	2	*50*	*50*	*33*	1	1	0	*50*	*33*	*0*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	3	2	2	*60*	*67*	*67*	6	5	4	*50*	*50*	*67*	1	2	1	*50*	*67*	*100*
J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	1	0	0	*20*	*0*	*0*	6	4	2	*50*	*40*	*33*	1	1	0	*50*	*33*	*0*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	4	3	3	*80*	*100*	*100*	6	6	4	*50*	*60*	*67*	1	2	1	*50*	*67*	*100*
Recherche de soutien émotionnel :																		
J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	4	1	2	*80*	*33*	*67*	8	9	4	*67*	*90*	*67*	0	1	1	*0*	*33*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	1	2	1	*20*	*67*	*33*	4	1	2	*33*	*10*	*33*	2	2	0	*100*	*67*	*0*
J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	2	1	0	*40*	*33*	*0*	4	4	2	*33*	*40*	*33*	0	1	1	*0*	*33*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	3	2	3	*60*	*67*	*100*	8	6	4	*67*	*60*	*67*	2	2	0	*100*	*67*	*0*
Religion :																		
J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	4	2	2	*80*	*67*	*67*	11	8	6	*92*	*80*	*100*	1	2	1	*50*	*67*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	1	1	1	*20*	*33*	*33*	1	2	0	*8*	*20*	*0*	1	1	0	*50*	*33*	*0*
J'ai prié ou médité.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	4	2	2	*80*	*67*	*67*	11	8	6	*92*	*80*	*100*	1	2	1	*50*	*67*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	1	1	1	*20*	*33*	*33*	1	2	0	*8*	*20*	*0*	1	1	0	*50*	*33*	*0*
Acceptation :																		
J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	2	0	0	*40*	*0*	*0*	8	4	2	*67*	*40*	*33*	1	1	1	*50*	*33*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	3	3	3	*60*	*100*	*100*	4	6	4	*33*	*60*	*67*	1	2	0	*50*	*67*	*0*
J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	3	0	0	*60*	*0*	*0*	11	7	4	*92*	*70*	*67*	1	1	0	*50*	*33*	*0*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	2	3	3	*40*	*100*	*100*	1	3	2	*8*	*30*	*33*	1	2	1	*50*	*67*	*100*
Recherche de soutien instrumental :																		
J'ai recherché de l'aide et le conseil d'autres personnes.	3	1	1	*60*	*33*	*33*	5	6	2	*42*	*60*	*33*	0	1	0	*0*	*33*	*0*
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	2	2	2	*40*	*67*	*67*	7	4	4	*58*	*40*	*67*	2	2	1	*100*	*67*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)																		
J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.	2	1	1	*40*	*33*	*33*	8	7	4	*67*	*70*	*67*	0	0	0	*0*	*0*	*0*
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	3	2	2	*60*	*67*	*67*	4	3	2	*33*	*30*	*33*	2	3	1	*100*	*100*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)																		
Positiver :																		
J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.	1	1	1	*20*	*33*	*33*	5	3	1	*42*	*30*	*17*	1	1	0	*50*	*33*	*0*
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	4	2	2	*80*	*67*	*67*	7	7	5	*58*	*70*	*83*	1	2	1	*50*	*67*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)																		
J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.	3	0	2	*60*	*0*	*67*	9	6	4	*75*	*60*	*67*	1	1	0	*50*	*33*	*0*
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	2	3	1	*40*	*100*	*33*	3	4	2	*25*	*40*	*33*	1	2	1	*50*	*67*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)																		

Planifier :																		
J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	1	0	0	*20*	*0*	*0*	6	3	3	*50*	*30*	*50*	1	1	0	*50*	*33*	*0*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	4	3	3	*80*	*100*	*100*	6	7	3	*50*	*70*	*50*	1	2	1	*50*	*67*	*100*
J'ai planifié les étapes à suivre.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	3	1	0	*60*	*33*	*0*	8	5	3	*67*	*50*	*50*	1	2	0	*50*	*67*	*0*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	2	2	3	*40*	*67*	*100*	4	5	3	*33*	*50*	*50*	1	1	1	*50*	*33*	*100*
Humour :																		
J'ai pris la situation avec humour.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	3	1	3	*60*	*33*	*100*	7	6	4	*58*	*60*	*67*	1	1	0	*50*	*33*	*0*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	2	2	0	*40*	*67*	*0*	5	4	2	*42*	*40*	*33*	1	2	1	*50*	*67*	*100*
Je me suis amusé(e) de la situation.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	5	3	3	*100*	*100*	*100*	12	10	5	*100*	*100*	*83*	1	1	0	*50*	*33*	*0*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	0	0	0	*0*	*0*	*0*	0	0	1	*0*	*0*	*17*	1	2	1	*50*	*67*	*100*

STRATEGIES NEGATIVES

	Groupe « Seul »						Groupe « CDG »						Groupe « MDSP »					
	N			% « seul »			N			% CDG			N			% MDSP		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
Evitement :																		
Je me suis tourné(e) vers le travail ou vers d'autres activités pour me changer les idées.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	2	2	2	*40*	*67*	*67*	5	5	3	*42*	*50*	*50*	1	1	1	*50*	*33*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	3	1	1	*60*	*33*	*33*	7	5	3	*58*	*50*	*50*	1	2	0	*50*	*67*	*0*
J'ai fait quelque chose pour moins y penser (aller au cinéma, regarder la télévision, lire, dormir…)																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	4	1	3	*80*	*33*	*100*	5	6	4	*42*	*60*	*67*	1	2	0	*50*	*67*	*0*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	1	2	0	*20*	*67*	*0*	7	4	2	*58*	*40*	*33*	1	1	1	*50*	*33*	*100*
Déni :																		
Je me suis dit que ce n'était pas réel.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	4	3	3	*80*	*100*	*100*	10	10	4	*83*	*100*	*67*	2	3	1	*100*	*100*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	1	0	0	*20*	*0*	*0*	2	0	2	*17*	*0*	*33*	0	0	0	*0*	*0*	*0*
J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	4	2	3	*80*	*67*	*100*	12	10	6	*100*	*100*	*100*	2	3	1	*100*	*100*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	1	1	0	*20*	*33*	*0*	0	0	0	*0*	*0*	*0*	0	0	0	*0*	*0*	*0*
Prise de substances :																		
J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	5	3	3	*100*	*100*	*100*	12	10	6	*100*	*100*	*100*	2	3	1	*100*	*100*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	0	0	0	*0*	*0*	*0*	0	0	0	*0*	*0*	*0*	0	0	0	*0*	*0*	*0*
J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	5	3	3	*100*	*100*	*100*	12	10	6	*100*	*100*	*100*	2	3	1	*100*	*100*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	0	0	0	*0*	*0*	*0*	0	0	0	*0*	*0*	*0*	0	0	0	*0*	*0*	*0*
Renonciation :																		
J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	5	3	3	*100*	*100*	*100*	12	8	6	*100*	*80*	*100*	2	2	1	*100*	*100*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	0	0	0	*0*	*0*	*0*	0	2	0	*0*	*20*	*0*	0	1	0	*0*	*0*	*0*
J'ai abandonné l'espoir de faire face.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	4	3	3	*80*	*100*	*100*	12	10	6	*100*	*100*	*100*	2	3	1	*100*	*100*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	1	0	0	*20*	*0*	*0*	0	0	0	*0*	*0*	*0*	0	0	0	*0*	*0*	*0*
Extériorisation :																		
J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	2	1	1	*40*	*33*	*33*	9	7	3	*75*	*70*	*50*	0	1	0	*0*	*33*	*0*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	3	2	2	*60*	*67*	*67*	3	3	3	*25*	*30*	*50*	2	2	1	*100*	*67*	*100*
J'ai exprimé mes sentiments négatifs.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	3	0	2	*60*	*0*	*67*	7	4	4	*58*	*40*	*67*	0	1	0	*0*	*33*	*0*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	2	3	1	*40*	*100*	*33*	5	6	2	*42*	*60*	*33*	2	2	1	*100*	*67*	*100*
Culpabilité :																		
Je me suis critiqué(e).																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	1	0	1	*20*	*0*	*33*	8	7	3	*67*	*70*	*50*	1	1	0	*50*	*33*	*0*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	4	3	2	*80*	*100*	*67*	4	3	3	*33*	*30*	*50*	1	2	1	*50*	*67*	*100*
Je me suis reproché(e) les choses qui m'arrivaient.																		
Stratégie peu ou non utilisée (pas du tout, un peu)	4	2	2	*80*	*67*	*67*	10	9	5	*83*	*90*	*83*	2	2	1	*100*	*67*	*100*
Stratégie utilisée (beaucoup, tout à fait)	1	1	1	*20*	*33*	*33*	2	1	1	*17*	*10*	*17*	0	1	0	*0*	*33*	*0*

3.3.3 Facteurs intra-individuels : résumé

L'**âge moyen** des répondants aux 3 envois est d'une cinquantaine d'année :
au 1er envoi, la moyenne d'âge de la population totale est de **52 ans** (54 ans « seul », 51 ans « CDG », 54 ans « MDSP »)
au 2e envoi, la moyenne d'âge de la population totale est de **50 ans** (50 ans « seul » et « CDG », 53 ans « MDSP »)
au 3e envoi, la moyenne d'âge de la population totale est de **54 ans** (57 ans « seul », 53 ans « CDG », 51 ans « MDSP »)

La majorité des répondants vivent **en couple** (16 sur 20) et ont **1 enfant** à la maison, un seul répondant ayant un enfant de moins de 6 ans à la maison.

Les **stratégies d'adaptation positives** de **coping actif** et de **planification** sont particulièrement utilisées lors du 3e envoi (respectivement entre 70 et 80% et 70% de la population totale les utilisent), **contrairement aux stratégies de recours à la religion et à la spiritualité** (10 à 25% d'utilisation par la population totale au cours des 3 envois) et **d'humour** (20 à 30% de la population totale au cours des 3 envois).

Les **stratégies négatives** de **déni** (entre 0 et 20% de la population totale au cours des 3 envois), de **prise de substances** (0% de façon uniforme sur les 3 envois) et de **renonciation** (entre 0 et 19% de la population totale sur les 3 envois) sont **peu utilisées**.

3.4 Facteurs organisationnels

3.4.1 Durée d'installation

Lors du 1er envoi :

- la durée moyenne d'installation est de 22 ans (installation depuis minimum 12 ans et maximum 36 ans).
- Aucun médecin répondant n'est installé depuis 10 ans ou moins (2005 et au-delà).
- 8 répondants sont installés depuis une durée comprise entre 10 et 20 ans (entre 2004 et 1995 inclus), soit 42,11%.
- 7 répondants sont installés depuis une durée comprise entre 20 et 30 ans (entre 1994 et 1985 inclus), soit 36,84%.
- 3 répondants se sont installés il y a plus de 30 ans (en 1984 et avant), soit 15,79%.
- 1 donnée est manquante.

Lors du 2e envoi :

- la durée moyenne d'installation est de 20 ans (installation depuis minimum 12 ans et maximum 33 ans).
- Aucun médecin répondant n'est installé depuis 10 ans ou moins (2005 et au-delà).
- 9 répondants sont installés depuis une durée comprise entre 10 et 20 ans (entre 2004 et 1995 inclus), soit 56,25%.
- 6 répondants sont installés depuis une durée comprise entre 20 et 30 ans (entre 1994 et 1985 inclus), soit 37,5%.
- 1 répondant s'est installé il y a plus de 30 ans (en 1984 et avant), soit 6,25%.

Lors du 3e envoi :

- la durée moyenne d'installation est de 25 ans (installation depuis minimum 16 ans et maximum 36 ans).

- Aucun médecin répondant n'est installé depuis 10 ans ou moins (2005 et au-delà).
- 3 répondants sont installés depuis une durée comprise entre 10 et 20 ans (entre 2004 et 1995 inclus), soit 30%.
- 4 répondants sont installés depuis une durée comprise entre 20 et 30 ans (entre 1994 et 1985 inclus), soit 40%.
- 3 répondants se sont installés il y a plus de 30 ans (en 1984 et avant), soit 30%.

			Groupe « seul »		Groupe « CDG »			Groupe « MDSP »	
			Effectif	% « seul »	Effectif	% « CDG »	Données manquantes	Effectif	% « MDSP »
ANNEE D'INSTALLATION	≤1984	Q1	2	*40*	1	*9*	1	0	*0*
		Q2	0	*0*	1	*10*		0	*0*
		Q3	2	*67*	1	*17*		0	*0*
	1985-1994	Q1	2	*40*	3	*27*	1	2	*100*
		Q2	2	*67*	2	*20*		2	*67*
		Q3	1	*33*	3	*50*		0	*0*
	1995-2004	Q1	1	*20*	7	*64*	1	0	*0*
		Q2	1	*33*	7	*70*		1	*33*
		Q3	0	*0*	2	*33*		1	*100*
	≥2005	Q1	0	*0*	0	*0*	1	0	*0*
		Q2	0	*0*	0	*0*		0	*0*
		Q3	0	*0*	0	*0*		0	*0*

3.4.2 Nombre de médecins

Lors du 1er envoi :

- le nombre moyen de médecins installés (y compris le répondant) est de 2 (écart-type 1,6), avec au minimum 1 médecin installé et maximum 7 médecins. La médiane est à 2.
- Dans le groupe « seul », 1 médecin est installé.

- Dans le groupe « CDG », le nombre moyen de médecins installés est de 3 (écart-type 1), avec au minimum 2 médecins et maximum 5 médecins. La médiane est à 2.
- Dans le groupe « MDSP », le nombre moyen de médecins installés est de 4,5 (écart-type 3,5), avec au minimum 2 médecins et maximum 7 médecins. La médiane est à 4,5.

Lors du 2e envoi :

- le nombre moyen de médecins installés (y compris le répondant) est de 3 (écart-type 1,7), avec au minimum 1 médecin installé et maximum 7 médecins. La médiane est à 2.
- Dans le groupe « seul », 1 médecin est installé.
- Dans le groupe « CDG », le nombre moyen de médecins installés est de 3 (écart-type 1,2), avec au minimum 2 médecins et maximum 5 médecins. La médiane est à 2.
- Dans le groupe « MDSP », le nombre moyen de médecins installés est de 5 (écart-type 2,5), avec au minimum 2 médecins et maximum 7 médecins. La médiane est à 5.

Lors du 3e envoi :

- le nombre moyen de médecins installés (y compris le répondant) est de 2,5 (écart-type 1,4), avec au minimum 1 médecin installé et maximum 5 médecins. La médiane est à 2.
- Dans le groupe « seul », 1 médecin est installé.
- Dans le groupe « CDG », le nombre moyen de médecins installés est de 3 (écart-type 1), avec au minimum 2 médecins et maximum 4 médecins. La médiane est à 2,5.
- Dans le groupe « MDSP », le seul médecin répondant déclare 5 médecins installés.

3.4.3 Secteur d'installation

		Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
		N	% pop.totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Rural	Q1	10	*53*	4	*80*	5	*42*	1	*50*
	Q2	8	*50*	3	*100*	4	*40*	1	*33*
	Q3	5	*50*	2	*67*	3	*50*	0	*0*
Semi-rural	Q1	3	*15*	1	*20*	2	*16*	0	*0*
	Q2	2	*12*	0	*0*	2	*20*	0	*0*
	Q3	2	*20*	1	*33*	1	*17*	0	*0*
Urbain	Q1	6	*32*	0	*0*	5	*42*	1	*50*
	Q2	6	*38*	0	*0*	4	*40*	2	*67*
	Q3	3	*30*	0	*0*	2	*33*	1	*100*

3.4.4 Organisation de la vie professionnelle

3.4.4.1 Charge de travail

3.4.4.1.1 Volume

Lors du 1er envoi :

- Le nombre d'actes par jour est de 43 actes en moyenne (écart-type 15), avec des extrêmes de 25 et 60 actes/jour. La médiane est à 45.
    - ❖ Pour le groupe « seul », en moyenne 43 actes/jour (min. 26 actes, max. 60 actes), écart-type de 15. La médiane est à 45.
    - ❖ Pour le groupe « CDG », en moyenne 41 actes/jour (min. 25 actes, max. 60 actes), écart-type de 16. La médiane est à 39.
    - ❖ Pour le groupe « MDSP », en moyenne 57 actes/jour (min. 54 actes, max. 60 actes), écart-type de 4. La médiane est à 57.

- Le nombre d'heures en moyenne par semaine est de 56 (écart-type 19), avec un minimum à 10 heures/semaine et un maximum à 110 heures/semaine. La médiane est à 58.
    - ❖ Pour le groupe « seul », en moyenne 62 heures/semaine (min. 44h, max. 80h), écart-type de 14. La médiane est à 60.

- ❖ Pour le groupe « CDG», en moyenne 49 heures/semaine (min. 10h, max. 60h), écart-type de 14. La médiane est à 50.
- ❖ Pour le groupe « MDSP», en moyenne 85 heures/semaine (min. 60h, max. 110h), écart-type de 35. La médiane est à 85.

- Le nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine est de 10 (écart-type 1), avec un minimum à 8 demi-journées par semaine et un maximum de 13. La médiane est à 9,5.
  - ❖ Pour le groupe « seul », en moyenne 10 demi-journées/semaine (min. 9 demi-journées, max. 11 demi-journées), écart-type de 1. La médiane est à 10.
  - ❖ Pour le groupe « CDG», en moyenne 9 demi-journées/semaine (min. 8 demi-journées, max. 13 demi-journées), écart-type de 1. La médiane est à 9.
  - ❖ Pour le groupe « MDSP», en moyenne 10,5 demi-journées/semaine (min. 10 demi-journées, max. 11 demi-journées), écart-type de 0,7. La médiane est à 10,5.

Lors du 2e envoi :

- Le nombre d'actes par jour est de 35 en moyenne (écart-type 14), avec des extrêmes de 20 et 60 actes/jour. La médiane est à 29.
  - ❖ Pour le groupe « seul », en moyenne 45 actes/jour (min. 25 actes, max. 60actes), écart-type de 18. La médiane est à 50.
  - ❖ Pour le groupe « CDG », en moyenne 29 actes/jour (min. 20 actes, max. 40 actes), écart-type de 6. La médiane est à 26,5.
  - ❖ Pour le groupe « MDSP », en moyenne 47 actes/jour (min. 20 actes, max. 60 actes), écart-type de 23. La médiane est à 60.

- Le nombre d'heures en moyenne par semaine est de 57 (écart-type 17), avec un minimum à 40 heures/semaine et un maximum à 110 heures/semaine. La médiane est à 54,5.
  - ❖ Pour le groupe « seul », en moyenne 66 heures/semaine (min. 52h, max. 80h), écart-type de 14. La médiane est à 65.

- ❖ Pour le groupe « CDG», en moyenne 50 heures/semaine (min. 40h, max. 60h), écart-type de 7. La médiane est à 52.
- ❖ Pour le groupe « MDSP», en moyenne 72 heures/semaine (min. 50h, max. 110h), écart-type de 33. La médiane est à 56.

- Le nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine est de 10 (écart-type 1), avec un minimum à 8 demi-journées par semaine et un maximum de 13. La médiane est à 10.
  - ❖ Pour le groupe « seul », en moyenne 10 demi-journées/semaine (min. 9 demi-journées, max. 11 demi-journées), écart-type de 1. La médiane est à 9,5.
  - ❖ Pour le groupe « CDG», en moyenne 10 demi-journées/semaine (min. 8 demi-journées, max. 13 demi-journées), écart-type de 1. La médiane est à 10.
  - ❖ Pour le groupe « MDSP», en moyenne 10 demi-journées/semaine (min. 10 demi-journées, max. 11 demi-journées), écart-type de 0,6. La médiane est à 10.

Lors du 3e envoi :

- Le nombre d'actes par jour est de 43 en moyenne (écart-type 16), avec des extrêmes de 22 et 60 actes/jour. La médiane est à 42,5.
  - ❖ Pour le groupe « seul », en moyenne 36 actes/jour (min. 22 actes, max. 50 actes), écart-type de 14. La médiane est à 35.
  - ❖ Pour le groupe « CDG », en moyenne 44 actes/jour (min. 25 actes, max. 60 actes), écart-type de 18. La médiane est à 46.
  - ❖ Pour le groupe « MDSP », le seul répondant a déclaré 60 actes/jour.

- Le nombre d'heures en moyenne par semaine est de 55 (écart-type 6), avec un minimum à 45 heures/semaine et un maximum à 65 heures/semaine. La médiane est à 55.
  - ❖ Pour le groupe « seul », en moyenne 58 heures/semaine (min. 50h, max. 65h), écart-type de 8. La médiane est à 60.
  - ❖ Pour le groupe « CDG», en moyenne 52 heures/semaine (min. 45h, max. 57h), écart-type de 4,5. La médiane est à 52,5.

- ❖ Pour le groupe « MDSP», le seul répondant a déclaré 60 heures/semaine.

- Le nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine est de 9 (écart-type 1), avec un minimum à 8 demi-journées par semaine et un maximum de 11. La médiane est à 9.
  - ❖ Pour le groupe « seul », en moyenne 10 demi-journées/semaine (min. 10 demi-journées, max. 11 demi-journées), écart-type de 0,6. La médiane est à 10.
  - ❖ Pour le groupe « CDG», en moyenne 9 demi-journées/semaine (min. 8 demi-journées, max. 10 demi-journées), écart-type de 0,7. La médiane est à 9.
  - ❖ Pour le groupe « MDSP», le seul répondant a déclaré 9 demi-journées/semaine.

	Population totale			Groupe « seul »			Groupe « CDG »			Groupe « MDSP »		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
Actes/jour												60
moyenne	43	35	43	43	45	36	41	29	44	57	47	
minimum	25	20	22	26	25	22	25	20	25	54	20	
maximum	60	60	60	60	60	50	60	40	60	60	60	
écart-type	15	14	16	15	18	14	16	6	18	4	23	
médiane	45	29	42,5	45	50	35	39	26,5	46	57	60	
Heures/sem.												60
moyenne	56	57	55	62	66	58	49	50	52	85	72	
minimum	10	40	45	44	52	50	10	40	45	60	50	
maximum	110	110	65	80	80	65	60	60	57	110	110	
écart-type	19	17	6	14	14	8	14	7	4,5	35	33	
médiane	58	54,5	55	60	65	60	50	52	52,5	85	56	
1/2 journées/sem.												9
moyenne	10	10	9	10	10	10	9	10	9	10,5	10	
minimum	8	8	8	9	9	10	8	8	8	10	10	
maximum	13	13	11	11	11	11	13	13	10	11	11	

écart-type	1	1	1	1	1	0,6	1	1	0,7	0,7	0,6	
médiane	9,5	10	9	10	9,5	10	9	10	9	10,5	10	

3.4.4.1.2 Visites à domicile

		Population totale		Groupe « Seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
		N	% Pop.totale	N	% « Seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Q1	<10	7	*37*	2	*40*	4	*33*	1	*50*
	10-20	9	*47*	3	*60*	5	*42*	1	*50*
	>20	3	*16*	0	*0*	3	*25*	0	*0*
Q2	<10	8	*50*	1	*33*	5	*50*	2	*67*
	10-20	8	*50*	2	*67*	5	*50*	1	*33*
	>20	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*
Q3	<10	7	*70*	3	*100*	3	*50*	1	*100*
	10-20	3	*30*	0	*0*	3	*50*	0	*0*
	>20	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*

3.4.4.1.3 Patients en fin de vie

Lors du 1er envoi :

- Dans la population totale, le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 4 (écart-type 5), avec au minimum aucun patient et au maximum 23 patients en fin de vie. La médiane est à 3.
- Dans le groupe « seul », le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 4 (écart-type 2,6), avec au minimum 1 patient et au maximum 8 patients en fin de vie. La médiane est à 5.
- Dans le groupe « CDG », le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 5 (écart-type 6), avec au minimum aucun patient et au maximum 23 patients en fin de vie. La médiane est à 3,5.

- Dans le groupe « MDSP», le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 1 (écart-type 0), avec au minimum 1 patient et au maximum 1 patient en fin de vie. La médiane est à 1.

Lors du 2e envoi :

- Dans la population totale, le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 6 (écart-type 8), avec au minimum aucun patient et au maximum 32 patients en fin de vie. La médiane est à 3.
- Dans le groupe « seul », le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 7 (écart-type 7,2), avec au minimum 2 patients et au maximum 15 patients en fin de vie. La médiane est à 3.
- Dans le groupe « CDG », le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 7,5 (écart-type 9), avec au minimum 2 patients et au maximum 32 patients en fin de vie. La médiane est à 4,5.
- Dans le groupe « MDSP», le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 1 (écart-type 1,5), avec au minimum aucun patient et au maximum 3 patients en fin de vie. La médiane est à 1.

Lors du 3e envoi :

- Dans la population totale, le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 4 (écart-type 2,7), avec au minimum 2 patients et au maximum 11 patients en fin de vie. La médiane est à 3.
- Dans le groupe « seul », le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 5 (écart-type 1), avec au minimum 4 patients et au maximum 6 patients en fin de vie. La médiane est à 4.
- Dans le groupe « CDG », le nombre moyen de patients en fin de vie dans la patientèle au cours des 3 derniers mois est de 4 (écart-type 3,5), avec au

minimum 2 patients et au maximum 11 patients en fin de vie. La médiane est à 3.

- Dans le groupe « MDSP», le seul répondant a déclaré avoir 2 patients en fin de vie.

	Pop.totale			Groupe « seul »			Groupe « CDG »			Groupe « MDSP »		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
Patients en fin de vie												2
Moyenne	4	6	4	4	7	5	5	7,5	4	1	1	
Minimum	0	0	2	1	2	4	0	2	2	1	0	
Maximum	23	32	11	8	15	6	23	32	11	1	3	
Ecart-type	5	8	2,7	2,6	7,2	1	6	9	3,5	0	1,5	
Médiane	3	3	3	5	3	4	3,5	4,5	3	1	1	

3.4.4.2 Irrégularité des horaires et gardes

3.4.4.2.1 Irrégularité des horaires

			Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
			N	% pop. totale	N	% seul	N	% CDG	N	% MDSP
Au cours du dernier trimestre, en dehors de gardes, avez-vous travaillé entre 20h et 6h ?	Q1	**Oui**	11	*58*	1	*20*	8	*67*	2	*100*
		Non	8	*42*	4	*80*	4	*33*	0	*0*
	Q2	**Oui**	10	*63*	2	*67*	7	*70*	1	*33*
		Non	6	*37*	1	*33*	3	*30*	2	*67*
	Q3	**Oui**	4	*40*	0	*0*	4	*67*	0	*0*
		Non	6	*60*	3	*100*	2	*33*	1	*100*

Au cours du dernier trimestre, en dehors de gardes, avez-vous travaillé le week-end (à partir de samedi 13h) ?	Q1	**Oui**	9	*47*	2	*40*	6	*50*	1	*50*
		Non	10	*53*	3	*60*	6	*50*	1	*50*
	Q2	**Oui**	8	*50*	1	*33*	6	*60*	1	*33*
		Non	8	*50*	2	*67*	4	*40*	2	*67*
	Q3	**Oui**	4	*40*	1	*33*	3	*50*	0	*0*
		Non	6	*60*	2	*67*	3	*50*	1	*100*

3.4.4.2.2 Gardes

Lors du 1er envoi :

- Dans la population générale, le nombre de gardes par mois est de 0,7 en moyenne (soit un peu plus d'une garde tous les 2 mois), minimum aucune garde par mois et maximum 4 gardes par mois, écart-type de 0,9. La médiane est à 0,33 (soit 1 garde tous les 3 mois).
- Dans le groupe « seul », le nombre de gardes par mois est de 0,7 en moyenne (minimum aucune garde par mois et maximum 2 gardes par mois, écart-type de 0,8). La médiane est à 0,5.
- Dans le groupe « CDG », le nombre de gardes par mois est de 0,7 en moyenne (minimum aucune garde par mois et maximum 4 gardes par mois, écart-type de 1). La médiane est à 0,25 (soit une garde tous les 4 mois).
- Dans le groupe « MDSP », le nombre de gardes par mois est de 0,4 en moyenne : minimum 0,33 garde par mois (soit une garde tous les 3 mois) et maximum 0,5 garde par mois (soit une garde tous les 2 mois), écart-type de 0,1. La médiane est à 0,4.

Lors du 2e envoi :

- Dans la population générale, le nombre de gardes par mois est de 0,8 en moyenne (minimum aucune garde par mois et maximum 4 gardes par mois, écart-type de 0,9). La médiane est à 0,5, soit une garde tous les 2 mois.

- Dans le groupe « seul », le nombre de gardes par mois est de 1 en moyenne (minimum 1 garde par mois et maximum 1,5 garde par mois, écart-type de 0,3). La médiane est à 1.
- Dans le groupe « CDG », le nombre de gardes par mois est de 0,8 en moyenne (minimum aucune garde par mois et maximum 4 gardes par mois, écart-type de 1,2). La médiane est à 0,4.
- Dans le groupe « MDSP », le nombre de gardes par mois est de 0,3 en moyenne (minimum 0,25 garde par mois et maximum 0,5 garde par mois, écart-type de 0,1). La médiane est à 0,3.

Lors du 3e envoi :

- Dans la population générale, le nombre de gardes par mois est de 0,5 en moyenne (minimum aucune garde par mois et maximum 1,5 garde par mois, écart-type de 0,6). La médiane est à 0,3.
- Dans le groupe « seul », le nombre de gardes par mois est de 0,5 en moyenne (minimum aucune garde par mois et maximum 1,5 garde par mois, écart-type de 0,8). La médiane est à 0,125.
- Dans le groupe « CDG », le nombre de gardes par mois est de 0,7 en moyenne (minimum aucune garde par mois et maximum 1,5 garde par mois, écart-type de 0,6). La médiane est à 0,75.
- Dans le groupe « MDSP », le seul répondant a déclaré 0,125 garde/mois, soit une garde tous les 4 mois.

3.4.4.2.3 Repos compensateur

Lors du 1er envoi : aucun médecin n'a de repos compensateur sur les 19 répondants.

Lors du 2e envoi : seul 1 médecin (du groupe « CDG ») a un repos compensateur (sur 16 répondants dont 10 de la population « CDG »)

Lors du 3e envoi : seul le médecin répondant unique du groupe « MDSP » a un repos compensateur, sur 10 répondants.

3.4.4.3 Charge administrative et secrétariat

			Population totale	
			Effectif	% pop.totale
Avez-vous une secrétaire pour répondre aux appels téléphoniques (présente ou secrétariat téléphonique)?	Q1	Temps complet	12	*63*
		Temps partiel	7	*37*
		Non	0	*0*
	Q2	Temps complet	10	*63*
		Temps partiel	6	*37*
		Non	0	*0*
	Q3	Temps complet	7	*70*
		Temps partiel	3	*30*
		Non	0	*0*
Qui s'occupe des tâches administratives du cabinet ?	Q1	Médecin seul	8	*42*
		Médecin+autre	9	*47*
		Autre seul	2	*11*
	Q2	Médecin seul	7	*44*
		Médecin+autre	5	*31*
		Autre seul	4	*25*
	Q3	Médecin seul	3	*30*
		Médecin+autre	6	*60*
		Autre seul	1	*10*

			Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
			N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Avez-vous une secrétaire pour répondre aux appels téléphoniques (présente ou secrétariat téléphonique)?	Q1	Temps complet	2	*40*	8	*67*	2	*100*
		Temps partiel	3	*60*	4	*33*	0	*0*
		Non	0	*0*	0	*0*	0	*0*
	Q2	Temps complet	1	*33*	6	*60*	3	*100*
		Temps partiel	2	*67*	4	*40*	0	*0*
		Non	0	*0*	0	*0*	0	*0*
	Q3	Temps complet	1	*33*	5	*83*	1	*100*
		Temps partiel	2	*67*	1	*17*	0	*0*
		Non	0	*0*	0	*0*	0	*0*

Qui s'occupe des tâches administratives du cabinet ?		Médecin seul	4	*80*	4	*33*	0	*0*
	Q1	Médecin+autre	1	*20*	6	*50*	2	*100*
		Autre seul	0	*0*	2	*17*	0	*0*
	Q2	Médecin seul	3	*100*	3	*30*	1	*33*
		Médecin+autre	0	*0*	4	*40*	1	*33*
		Autre seul	0	*0*	3	*30*	1	*33*
	Q3	Médecin seul	2	*67*	1	*17*	0	*0*
		Médecin+autre	1	*33*	4	*66*	1	*100*
		Autre seul	0	*0*	1	*17*	0	*0*

3.4.4.4 Engagement professionnel

			Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
			N	% pop.totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Etes-vous Maître de Stage Universitaire ?	Q1	Oui	7	*37*	2	*40*	4	*33*	1	*50*
		Non	12	*63*	3	*60*	8	*67*	1	*50*
	Q2	Oui	6	*37*	2	*67*	2	*20*	2	*67*
		Non	10	*63*	1	*33*	8	*80*	1	*33*
	Q3	Oui	5	*50*	0	*0*	4	*67*	1	*100*
		Non	5	*50*	3	*100*	2	*33*	0	*0*
J'estime consacrer suffisamment de temps à ma Formation Médicale Continue	Q1	D'accord	9	*47*	2	*40*	5	*42*	2	*100*
		Pas d'accord	10	*53*	3	*60*	7	*58*	0	*0*
	Q2	D'accord	8	*50*	1	*33*	4	*40*	3	*100*
		Pas d'accord	8	*50*	2	*67*	6	*60*	0	*0*
	Q3	D'accord	4	*40*	1	*33*	2	*33*	1	*100*
		Pas d'accord	6	*60*	2	*67*	4	*67*	0	*0*

3.4.4.5 Facteurs organisationnels (vie professionnelle) : résumé

La **durée moyenne d'installation** des répondants est d'**une vingtaine d'années** (1er envoi : 22 ans, 2e envoi : 20 ans, 3e envoi : 25 ans).

Le **nombre moyen de médecins installés** est en moyenne :
pour les médecins installés en **CDG** : **3 médecins** de façon uniforme sur les 3 envois
pour les médecins de **MDSP** : **5 médecins** (envois 2 et 3)

Les médecins ayant répondu aux 3 questionnaires sont pour la moitié ou plus installés en **zone rurale** (50% de la population totale de répondants pour les 2e et 3e envois, 53% pour le 1er envoi).

Charge de travail :

Le nombre d'**actes par jour** en moyenne dans la population totale est de **43** pour les 1er et 3e envois, 35 pour le 2e envoi.
Le nombre moyen d'**heures par semaines** est de **55** heures (3e envoi) et **57** (2e envoi).
Le nombre moyen de **demi-journées travaillées par semaine** est de **10** pour les 1er et 2e envois, 9 pour le 3e envoi.

La majorité des répondants n'a **pas de repos compensateur après une garde** (aucun médecin pour le 1er envoi, 1 médecin pour les 2e et 3e envois).

Administratif et secrétariat :

Tous les médecins répondants au cours des 3 envois ont recours à un **secrétariat pour répondre aux appels téléphoniques**.

Engagement professionnel :

La population des répondants **MSU** est plus représentée par les médecins installés en **MDSP** au cours des 3 envois (50% 1er envoi, 67% 2e envoi, 100% 3e envoi).

Les médecins installés en **MDSP** sont les seuls à être plus nombreux à estimer consacrer **suffisamment de temps à leur Formation Médicale Continue** (100% au cours des 3e envois), contrairement aux médecins installés seuls ou en CDG (entre 33 et 42% au cours des 3 envois).

3.4.5 Organisation de la vie personnelle

3.4.5.1 Temps de congés

3.4.5.1.1 Jours de vacances

Lors du 1er envoi :

- Dans la population totale, le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 23 jours (minimum 1 jour, maximum 105 jours). L'écart-type est de 22,4 et la médiane est à 15.
- Dans le groupe « seul », le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 32 jours (minimum 6 jours, maximum 105 jours). L'écart-type est de 41,3 et la médiane est à 15.
- Dans le groupe « CDG », le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 18 jours (minimum 1 jour, maximum 40 jours). L'écart-type est de 9,9 et la médiane est à 15.
- Dans le groupe « MDSP », le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 35 jours (minimum 28 jours, maximum 42 jours). L'écart-type est de 9,9 et la médiane est à 35.

Lors du 2e envoi :

- Dans la population totale, le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 16,5 jours (minimum 5 jours, maximum 35 jours). L'écart-type est de 10,1 et la médiane est à 15.
- Dans le groupe « seul », le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 21 jours (minimum 8 jours, maximum 35 jours). L'écart-type est de 13,5 et la médiane est à 21.
- Dans le groupe « CDG », le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 14 jours (minimum 5 jours, maximum 32 jours). L'écart-type est de 9,3 et la médiane est à 9,5.
- Dans le groupe « MDSP », le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 20 jours (minimum 7 jours, maximum 27 jours). L'écart-type est de 11 et la médiane est à 25.

Lors du 3e envoi :

- Dans la population totale, le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 18,5 jours (minimum 6 jours, maximum 36 jours). L'écart-type est de 9,8 et la médiane est à 14,5.
- Dans le groupe « seul », le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 15 jours (minimum 6 jours, maximum 25 jours). L'écart-type est de 9,5 et la médiane est à 14.
- Dans le groupe « CDG », le nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents est en moyenne de 21 jours (minimum 10 jours, maximum 36 jours). L'écart-type est de 11 et la médiane est à 20,5.
- Dans le groupe « MDSP », le seul répondant a déclaré 15 jours de vacances au cours des 3 mois précédents.

3.4.5.1.2 Semaines de vacances

Lors du 1er envoi :

- Dans la population totale, le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 6,5 semaines (minimum 4,5 semaines, maximum 9 semaines). L'écart-type est de 1,3 et la médiane est à 6 semaines.
- Dans le groupe « seul », le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 6,8 semaines (minimum 6 semaines, maximum 8 semaines). L'écart-type est de 0,8 et la médiane est à 7 semaines.
- Dans le groupe « CDG », le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 6,6 semaines (minimum 5 semaines, maximum 9 semaines). L'écart-type est de 1,4 et la médiane est à 6 semaines.
- Dans le groupe « MDSP », le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 5,25 semaines (minimum 4,5 semaines, maximum 6 semaines). L'écart-type est de 1,1 et la médiane est à 5,25 semaines.

Lors du 2e envoi :

- Dans la population totale, le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 6,7 semaines (minimum 4 semaines, maximum 10 semaines). L'écart-type est de 1,6 et la médiane est à 6,5 semaines.
- Dans le groupe « seul », le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 6,7 semaines (minimum 6 semaines, maximum 7 semaines). L'écart-type est de 0,6 et la médiane est à 7 semaines.
- Dans le groupe « CDG », le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 6,7 semaines (minimum 4 semaines, maximum 9 semaines). L'écart-type est de 1,6 et la médiane est à 6,5 semaines.
- Dans le groupe « MDSP », le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 6,8 semaines (minimum 4,5 semaines, maximum 10 semaines). L'écart-type est de 2,8 et la médiane est à 6 semaines.

Lors du 3e envoi :

- Dans la population totale, le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 7 semaines (minimum 5 semaines, maximum 10 semaines). L'écart-type est de 1,8 et la médiane est à 7 semaines.
- Dans le groupe « seul », le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 6,3 semaines (minimum 5 semaines, maximum 7 semaines). L'écart-type est de 1,2 et la médiane est à 7 semaines.
- Dans le groupe « CDG », le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente est en moyenne de 6,8 semaines (minimum 5 semaines, maximum 9 semaines). L'écart-type est de 1,7 et la médiane est à 7 semaines.

- Dans le groupe « MDSP », le seul répondant a déclaré 10 semaines de vacances prises au cours de l'année précédente.

	Groupe « Seul »			Groupe « CDG »			Groupe « MSPD »		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
Nombre de jours de vacances au cours des 3 mois précédents :									15
Moyenne	32	21	15	18	14	21	35	20	
Minimum	6	8	6	1	5	10	28	7	
Maximum	105	35	25	40	32	36	42	27	
Ecart-type	41,3	13,5	9,5	9,9	9,3	11	9,9	11	
Médiane	15	21	14	15	9,5	20,5	35	25	
Nombre de semaines de vacances au cours de l'année précédente :									10
Moyenne	6,8	6,7	6,3	6,6	6,7	6,8	5,25	6,8	
Minimum	6	6	5	5	4	5	4,5	4,5	
Maximum	8	7	7	9	9	9	6	10	
Ecart-type	0,8	0,6	1,2	1,4	1,6	1,7	1,1	2,8	
Médiane	7	7	7	6	6,5	7	5,25	6	

3.4.5.2 Interférence travail-famille, disponibilité pour ses enfants

			Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
			N	% pop. totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Etes-vous parti(e) en vacances avec vos enfants au cours des 3 derniers mois?	Q1	Oui	96	*47*	11	*20*	74	*59*	11	*50*
		Non	64	*32*	11	*20*	41	*33*	11	*50*
		NC	43	*21*	33	*60*	11	*8*	00	*0*
	Q2	Oui	111	*69*	01	*0*	80	*80*	30	*100*
		Non	11	*6*	11	*33*	00	*0*	00	*0*
		NC	44	*25*	22	*67*	22	*20*	00	*0*

	Q3	Oui	5	*50*	1	*33*	3	*50*	1	*100*
		Non	2	*20*	1	*33*	1	*17*	0	*0*
		NC	3	*30*	1	*33*	2	*33*	0	*0*
J'estime avoir suffisamment de temps à consacrer à mes enfants.	Q1	D'accord	7	*37*	1	*20*	5	*42*	1	*50*
		Pas d'accord	7	*37*	1	*20*	5	*42*	1	*50*
		NC	5	*26*	3	*60*	2	*16*	0	*0*
	Q2	D'accord	6	*37*	0	*0*	4	*40*	2	*67*
		Pas d'accord	7	*44*	1	*33*	5	*50*	1	*33*
		NC	3	*19*	2	*67*	1	*10*	0	*0*
	Q3	D'accord	3	*30*	1	*33*	1	*17*	1	*100*
		Pas d'accord	5	*50*	1	*33*	4	*66*	0	*0*
		NC	2	*20*	1	*33*	1	*17*	0	*0*
Je rencontre des difficultés liées aux horaires de ma profession concernant le mode de garde de mes enfants (crèche, garderie, assistante maternelle, baby-sitter)	Q1	D'accord	7	*37*	0	*0*	5	*42*	2	*100*
		Pas d'accord	3	*16*	1	*20*	2	*16*	0	*0*
		NC	9	*47*	4	*80*	5	*42*	0	*0*
	Q2	D'accord	7	*44*	0	*0*	6	*60*	1	*33*
		Pas d'accord	2	*12*	0	*0*	0	*0*	2	*67*
		NC	7	*44*	3	*100*	4	*40*	0	*0*
	Q3	D'accord	2	*20*	0	*0*	2	*33*	0	*0*
		Pas d'accord	1	*10*	0	*0*	1	*17*	0	*0*
		NC	7	*70*	3	*100*	3	*50*	1	*100*
Je peux en cas d'urgence concernant un de mes enfants me libérer de mes obligations professionnelles dans l'heure.	Q1	D'accord	9	*47*	3	*60*	4	*33*	2	*100*
		Pas d'accord	7	*37*	0	*0*	7	*59*	0	*0*
		NC	3	*16*	2	*40*	1	*8*	0	*0*
	Q2	D'accord	7	*44*	0	*0*	4	*40*	3	*100*
		Pas d'accord	7	*44*	1	*33*	6	*60*	0	*0*
		NC	2	*12*	2	*67*	0	*0*	0	*0*
	Q3	D'accord	7	*70*	3	*100*	3	*50*	1	*100*
		Pas d'accord	2	*20*	0	*0*	2	*33*	0	*0*
		NC	1	*10*	0	*0*	1	*17*	0	*0*

Je peux facilement et rapidement trouver un moyen de garde "de secours" (famille, voisins, amis) de mes enfants si je dois aller travailler.	Q1	D'accord	8	*42*	1	*20*	5	*42*	2	*100*
		Pas d'accord	3	*16*	0	*0*	3	*25*	0	*0*
		NC	8	*42*	4	*80*	4	*33*	0	*0*
	Q2	D'accord	6	*38*	0	*0*	3	*30*	3	*100*
		Pas d'accord	4	*25*	0	*0*	4	*40*	0	*0*
		NC	6	*36*	3	*100*	3	*30*	0	*0*
	Q3	D'accord	2	*20*	0	*0*	2	*33*	0	*0*
		Pas d'accord	1	*10*	0	*0*	1	*17*	0	*0*
		NC	7	*70*	3	*100*	3	*50*	1	*100*
J'arrive facilement à me libérer du temps pour des évènements ponctuels prévus ou imprévus pour mes enfants (spectacle, anniversaire, enfant malade).	Q1	D'accord	8	*42*	3	*60*	4	*33*	1	*50*
		Pas d'accord	7	*37*	0	*0*	6	*50*	1	*50*
		NC	4	*21*	2	*40*	2	*17*	0	*0*
	Q2	D'accord	7	*44*	0	*0*	4	*40*	3	*100*
		Pas d'accord	7	*44*	1	*33*	6	*60*	0	*0*
		NC	2	*12*	2	*67*	0	*0*	0	*0*
	Q3	D'accord	6	*60*	1	*33*	4	*66*	1	*100*
		Pas d'accord	2	*20*	1	*33*	1	*17*	0	*0*
		NC	2	*20*	1	*33*	1	*17*	0	*0*

3.4.5.3 Facteurs organisationnels (vie personnelle) : résumé

Temps de congés

Le nombre de **semaines de vacances au cours de l'année précédente** est en moyenne :

Lors du 1er envoi, de **6,5** pour la population totale (6,8 « seul », 6,6 « CDG », 5,25 « MDSP »)

Lors du 2e envoi, de **6,7** pour la population totale (6,7 « seul » et « CDG », 6,8 « MDSP »)

Lors du 3e envoi, de **7** pour la population totale (6,3 « seul », 6,8 « CDG », 10 « MDSP »)

Interférence travail-famille et disponibilité pour ses enfants

Un tiers des médecins estime avoir suffisamment de **temps à consacrer à ses enfants** (30 à 37% de la population totale au cours des 3 envois) :

0 à 33% « seul »
17 à 42% « CDG »
50 à 100% « MDSP »

Les médecins installés en **MDSP** peuvent de façon unanime (**100%** sur les 3 envois) **se libérer dans l'heure de leurs obligations professionnelles en cas d'urgence concernant un de leurs enfants**.

Les médecins installés en **MDSP** répondants lors des 1er et 2e envois peuvent tous (**100%**) facilement trouver un **moyen de garde « de secours » de leurs enfants en cas d'obligation professionnelle**.

3.5 Facteurs inter-individuels

3.5.1 Réunions de concertation pluridisciplinaire

Lors du 1er envoi : aucun médecin des 3 groupes n'est allé à une RCP formalisée à l'hôpital concernant un de ses patients au cours des 3 mois précédents. 1 donnée est manquante pour le groupe « CDG ».

Lors du 2e envoi : seul 1 médecin (du groupe « CDG ») est allé à une RCP formalisée à l'hôpital concernant un de ses patients au cours des 3 mois précédents.

Lors du 3e envoi : aucun médecin des 3 groupes n'est allé à une RCP formalisée à l'hôpital concernant un de ses patients au cours des 3 mois précédents.

3.5.2 Concertation informelle

	Population totale			Groupe « seul »			Groupe « CDG »			Groupe « MDSP »		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
Temps (min.) consacré à concertation médicale la semaine précédente :												15
Moyenne	24	22	39	18	25	43	25	20	41	30	27	
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	
Maximum	60	90	120	60	45	120	60	90	120	50	40	
Ecart-type	22	24	46	27	23	66,6	21,5	28,3	43,6	28,3	15,3	
Médiane	20	15	17,5	0	30	10	25	15	25	30	30	
Temps (min.) consacré à concertation paramédicale la semaine précédente :												15
Moyenne	14	16	15,5	16	20	10	12	12,5	18	20	22	
Minimum	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	

Maximum	40	60	60	30	30	20	30	60	60	40	30	
Ecart-type	12,6	17,6	17,7	9,6	17,3	10	11,9	19,3	22,3	28,3	14,4	
Médiane	10	10	12,5	15	30	10	10	5	15	20	30	

3.5.3 Groupes Balint

Lors du 1er et du 2e envoi, seul 1 médecin (appartenant au groupe « seul » les deux fois) participe à un groupe Balint.

Lors du 3e envoi, aucun médecin ne participe à un groupe Balint.

3.5.4 Relations avec les collègues

			Population totale		Groupe « seul »		Groupe « CDG »		Groupe « MDSP »	
			N	% pop.totale	N	% « seul »	N	% « CDG »	N	% « MDSP »
Vous avez eu des difficultés (conflit ou désaccord) avec un des professionnels de santé travaillant avec vous.	Q1	Jamais ou rarement	18	*95*	5	*100*	12	*100*	1	*50*
		Parfois	1	*5*	0	*0*	0	*0*	1	*50*
		Souvent	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*
	Q2	Jamais ou rarement	15	*94*	3	*100*	10	*100*	2	*67*
		Parfois	1	*6*	0	*0*	0	*0*	1	*33*
		Souvent	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*
	Q3	Jamais ou rarement	10	*100*	3	*100*	6	*100*	1	*100*
		Parfois	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*
		Souvent	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	*0*
Vous avez ressenti les professionnels de santé travaillant avec vous comme une ressource lors de situations difficiles (difficultés relationnelles avec un patient, doute diagnostique).	Q1	Jamais ou rarement	4	*21*	2	*40*	2	*17*	0	*0*
		Parfois	9	*47*	2	*40*	6	*50*	1	*50*
		Souvent	6	*32*	1	*20*	4	*33*	1	*50*
	Q2	Jamais ou rarement	3	*19*	1	*33*	2	*20*	0	*0*
		Parfois	5	*31*	0	*0*	3	*30*	2	*67*
		Souvent	8	*50*	2	*67*	5	*50*	1	*33*
	Q3	Jamais ou rarement	4	*40*	2	*67*	2	*33*	0	*0*
		Parfois	2	*20*	0	*0*	2	*33*	0	*0*
		Souvent	4	*40*	1	*33*	2	*33*	1	*0*

3.5.5 Facteurs inter-individuels : résumé

Au cours des 3 envois, **une minorité de médecins** (aucun lors des 1er et 3e envois, un seul lors du 2e envoi) a déclaré avoir pu se rendre à une **RCP formalisée** à l'hôpital concernant un de ses patients.

Un seul médecin des 1er et 2e envois participe à un **groupe Balint**, et aucun lors du 3e envoi.

La **majorité** des répondants aux 3 envois déclare n'avoir **jamais ou rarement** de **difficultés** avec un des professionnels de santé travaillant avec eux (95% de la population totale lors du 1er envoi, 94% lors du 2e envoi, 100% lors du 3e envoi).

3.6 En résumé

La **majorité** des répondants aux 3 envois ont un **score élevé d'accomplissement personnel** :
58% au 1er envoi (80% « seul », 50% « CDG », 50% « MDSP »)
69% au 2e envoi (67% « seul », 70% « CDG », 67% « MDSP »)
70% au 3e envoi (33% « seul », 83% « CDG », 100% « MDSP »).

Facteurs intra-individuels :

L'âge moyen des répondants est d'une **cinquantaine d'années** :
52 ans en moyenne pour la population totale au 1er envoi
50 ans au 2e envoi
54 ans au 3e envoi.

La majorité vivent **en couple** et ont **un enfant** à la maison.

Les **stratégies d'adaptation positives** de **coping actif** (70-80%) et de **planification** (70%) sont particulièrement utilisées par les répondants du 3e envoi.

Les **stratégies d'adaptation négatives** de **déni** (0-20%), de **prise de substances** (0%) et de **renonciation** (0-19%) sont **peu utilisées**.

Facteurs organisationnels :

Les médecins répondants sont installés pour moitié (50% de la population totale) en **zone rurale**, depuis une **vingtaine d'années**, et sont en moyenne **3 médecins** dans les **cabinets de groupe** et **5** dans les **MDSP**.

Le nombre moyen d'**actes par jour** est de **43** pour la population totale des 1er et 3e envois.
Le nombre moyen d'**heures par semaine** est **entre 55 et 57** pour la population totale.
Le nombre moyen de **demi-journées travaillées par semaine** est de **10** pour la population totale des 1er et 2e envois.

La majorité des médecins n'a **pas de repos compensateur après une garde**.

Tous les répondants ont recours à un **secrétariat pour répondre aux appels téléphoniques**.

Les médecins de **MDSP** sont plus nombreux à être **MSU** (entre 50 et 100% des médecins de MDSP au cours des 3e envois) et à estimer consacrer **suffisamment de temps à leur FMC** (100% au cours des 3 envois).

En ce qui concerne la **disponibilité pour leurs enfants**, les médecins installés en **MDSP** :
sont **50 à 100%** à estimer consacrer suffisamment de **temps** à leurs enfants.
100% peuvent **se libérer** dans l'heure de leurs obligations professionnelles **en cas d'urgence concernant un de leurs enfants**.

100% peuvent trouver facilement un **moyen de garde « de secours »** pour leurs enfants en cas d'obligation professionnelle.

Facteurs inter-individuels :

Aucun médecin n'a pu se rendre à une **RCP** formalisée à l'hôpital concernant un de ses patients lors des 1er et 3e envois.

Un seul médecin lors des 1er et 2e envois déclare participer à des **groupes Balint**.

La **majorité** des répondants n'a j**amais ou rarement de difficultés avec les professionnels de santé** travaillant avec eux (entre 94 et 100% au cours des 3 envois).

Statistiques analytiques :

1. Rappel des objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est d'étudier le lien entre le score d'accomplissement personnel selon le Maslach Burnout Inventory (MBI) et le mode d'installation (seul, en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire) des médecins généralistes libéraux installés en Poitou-Charentes à travers les facteurs de Truchot qui y sont associés (intra-individuels, organisationnels et inter-individuels).

L'objectif secondaire est d'étudier la stabilité de ces liens dans le temps.

Pour une meilleure lisibilité, les résultats significatifs sont encadrés.

2. Objectif principal : étude du lien entre le score d'accomplissement personnel du MBI et le mode d'installation

Pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,3194. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes « seul », « cabinet de groupe » et « maison de santé pluridisciplinaire ».

2.1 Lien entre le mode d'installation et les facteurs intra-individuels

2.1.1 Sexe

Pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,1053. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.2 Age

La p-valeur (0,0009) du test ANOVA est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : au moins une des moyennes diffère des autres. Nous allons tester deux à deux les moyennes avec un test de Student pour savoir quelle moyenne diffère de quelle autre.

- Groupe seul/ CDG

La p-valeur du test de Student (0,0003) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : les médecins installés seuls sont en moyenne significativement plus âgés que ceux installés en cabinet de groupe.

- Groupe seul/MDSP

La p-valeur du test de Student (0,0103) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : les médecins installés seuls sont en moyenne significativement plus âgés que ceux installés en maison de santé pluridisciplinaire.

- Groupe CDG/MDSP

La p-valeur du test de Student (0,7534) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne d'âge des médecins installés en cabinet de groupe et en maison de santé pluridisciplinaire.

2.1.3 Situation familiale

Pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,8524. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.4 Nombre d'enfants à la maison

La p-valeur du test de Kruskal-Wallis est à 0,0866 donc supérieure au risque (5%) : on accepte H0, il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre d'enfants à la maison entre le groupe « seul », le groupe « cabinet de groupe » et le groupe « maison de santé pluridisciplinaire ».

2.1.5 Nombre d'enfants de moins de 6 ans à la maison

Pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,0478, il y a une différence significative entre les 3 modes d'installation. Nous allons donc comparer les variables deux à deux pour savoir quel groupe diffère de quel autre.

- Groupe seul/CDG

Pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,3997 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre d'enfants de moins de 6 ans entre les deux modes d'installation.

- Groupe seul/MDSP

Pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,02 : les médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire ont significativement plus d'enfants de moins de 6 ans en moyenne que ceux installés seuls.

- Groupe CDG/MDSP

Pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,0929 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre d'enfants de moins de 6 ans entre les deux modes d'installation.

2.1.6 Stratégies de coping

2.1.6.1 Stratégies positives

2.1.6.1.1 Coping actif

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,1212. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,3588. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.1.2 Recherche de soutien émotionnel

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,9728. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,7984. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.1.3 Religion

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,1961. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,6854. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.1.4 Acceptation

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,3661. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,2607. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.1.5 Recherche de soutien instrumental

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,2922. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,1525. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.1.6 Positiver

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,3628. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,1699. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.1.7 Planifier

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,2690. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,1294. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.1.8 Humour

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,4318. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,0450. Il y a une différence significative entre les 3 modes d'installation. Nous allons donc comparer les variables deux à deux pour savoir quel groupe diffère de quel autre.

- Groupe seul/CDG

Pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,2875 : il n'y a pas de différence significative quant à l'utilisation de la stratégie positive de coping « Humour » entre les deux modes d'installation.

- Groupe seul/MDSP

Pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,3630 : il n'y a pas de différence significative quant à l'utilisation de la stratégie positive de coping « Humour » entre les deux modes d'installation.

- Groupe CDG/MDSP

Pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,0269 : les médecins installés en cabinet de groupe ont significativement plus recours à la stratégie positive de coping « Humour » que les médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire.

2.1.6.2 Stratégies négatives

2.1.6.2.1 Evitement

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,5612. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,6747. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.2.2 Déni

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,7752. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,6156. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.2.3 Prise de substances

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,0252, il y a une différence significative entre les 3 groupes.

- Groupe seul/CDG

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,0256 : les médecins installés seuls ont significativement plus souvent recours à la stratégie négative de coping « Prise de substances » que ceux installés en cabinet de groupe.

- Groupe seul/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,1563 : il n'y a pas de différence significative quant à l'utilisation de la stratégie négative de coping « Prise de substances » entre les deux modes d'installation.

- Groupe CDG/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 1 : il n'y a pas de différence significative quant à l'utilisation de la stratégie négative de coping « Prise de substances » entre les deux modes d'installation.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,0744, il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.2.4 Renonciation

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,1920. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 1,000. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.2.5 Extériorisation

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,1281. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,9850. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.6.2.6 Culpabilité

Pour la 1ère question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,3223. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

Pour la 2e question, pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,7673. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

2.1.7 Résumé des liens entre mode d'installation et facteurs intra-individuels

			Analyse par groupe		
	Variable	**p-value**	**Seul / CDG**	**Seul / MDSP**	**CDG / MDSP**
	Sexe	p>0,05			
	Age	**p<0,05**	**p<0,05**	**p<0,05**	p>0,05
	Situation familiale	p>0,05			
	Nombre d'enfants à la maison	p>0,05			
	Nombre d'enfants de moins de 6 ans à la maison	**p<0,05**	p>0,05	**p<0,05**	p>0,05
STRATEGIES DE COPING POSITIVES	Coping actif -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			
	Recherche de soutien émotionnel -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			
	Religion -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			
	Acceptation -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			
	Recherche de soutien instrumental -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			
	Positiver -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			
	Planifier -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			
	Humour -Q1 -Q2	 p>0,05 **p<0,05**	 p>0,05	 p>0,05	 **p<0,05**

STRATEGIES DE COPING NEGATIVES	Evitement -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			
	Déni -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			
	Prise de substances -Q1 -Q2	 **p<0,05** p>0,05	**p<0,05**	p>0,05	p>0,05
	Renonciation -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			
	Extériorisation -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			
	Culpabilité -Q1 -Q2	 p>0,05 p>0,05			

En résumé :

Les médecins installés **seuls** sont significativement **plus âgés** que ceux installés en cabinet de groupe et en MDSP.

Les médecins installés en **MDSP** ont significativement **plus d'enfants de moins de 6 ans** que ceux installés seuls.

La seule **stratégie de coping positive** pour laquelle on retrouve une différence significative liée au mode d'installation est l'**humour** : les médecins installés en **cabinet de groupe** ont plus recours à cette stratégie que ceux en MDSP.

En ce qui concerne les **stratégies négatives de coping**, les médecins **seuls** ont **plus recours à la stratégie de prise de substances** que les médecins installés en cabinet de groupe.

2.2 Lien entre le mode d'installation et les facteurs organisationnels

2.2.1 Durée d'installation

La p-valeur du test ANOVA (0,1319) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne de la durée d'installation entre les 3 groupes d'installation.

2.2.2 Nombre de médecins

La p-valeur du test de Kruskal-Wallis (inférieure à 0,0001) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : au moins une des moyennes diffère des autres. Nous allons tester deux à deux les moyennes avec un test de Wilcoxon pour savoir si cette différence affecte aussi les groupes « CDG » et « MDSP ».

- Groupe CDG/MDSP

La p-valeur (0,0278) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : il y a significativement plus de médecins installés dans le cabinet dans le groupe « MDSP » que dans le groupe « CDG ».

2.2.3 Secteur d'installation

Pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,0566. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

2.2.4 Organisation de la vie professionnelle

2.2.4.1 Charge de travail

Pour la variable « nombre d'actes par jour », la p-valeur du test ANOVA (0,0381) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : au moins une des

moyennes diffère des autres. Nous allons tester deux à deux les moyennes avec un test de Student pour savoir quelle moyenne diffère de quelle autre.

- Groupe seul/CDG

La p-valeur (0,0717) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre d'actes par jour entre les 2 groupes.

- Groupe seul/MDSP

La p-valeur (0,0192) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : les médecins installés en MDSP font significativement plus d'actes par jour en moyenne que les médecins installés seuls.

- Groupe CDG/MDSP

La p-valeur (0,2163) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre d'actes par jour entre les 2 groupes.

Pour la variable « nombre d'heures par semaine », la p-valeur du test ANOVA (0,3974) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre d'heures par semaine entre les groupes « seul », « CDG » et « MDSP ».

Pour la variable « nombre de demi-journées travaillées par semaine », la p-valeur du test de Kruskal-Wallis (0,0149) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : au moins une des moyennes diffère des autres. Nous allons tester deux à deux les moyennes avec un test de Wilcoxon pour savoir quelle moyenne diffère de quelle autre.

- Groupe seul/CDG

La p-valeur (0,0081) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : les médecins installés seuls travaillent significativement plus de demi-journées par semaine en moyenne que les médecins installés en cabinet de groupe

- Groupe seul/MDSP

La p-valeur (0,0236) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : les médecins installés seuls travaillent significativement plus de demi-journées par semaine en moyenne que les médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire.

- Groupe CDG/MDSP

La p-valeur (0,6450) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne de demi-journées travaillées par semaine entre ces deux modes d'installation.

Pour la variable « nombre de visites à domicile par semaine en moyenne », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,0446. Il y a donc une différence significative. Nous allons tester les variables deux à deux par un test de Khi-2 (ou de Fisher si effectif insuffisant) pour déterminer quel groupe diffère de quel autre.

- Groupe seul/CDG

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 est à 0,0424 : les médecins installés en cabinet de groupe font significativement plus de visites à domicile que les médecins installés seuls.

- Groupe seul/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,3851 : il n'y a pas de différence significative quant au nombre de visites à domicile entre les deux modes d'installation.

- Groupe CDG/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,0856 : il n'y a pas de différence significative quant au nombre de visites à domicile entre les deux modes d'installation.

Pour la variable « nombre de patients en fin de vie au cours des 3 derniers mois », la p-valeur du test de Kruskal-Wallis (0,3318) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre de patients en fin de vie entre les groupes « seul », « CDG » et « MDSP ».

2.2.4.2 Irrégularité des horaires et gardes

Pour la question «au cours du dernier trimestre, en dehors de gardes, avez-vous travaillé entre 20h et 6h ? », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,2321. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

Pour la question « au cours du dernier trimestre, en dehors de gardes, avez-vous travaillé le week-end (à partir de samedi 13h) ? », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,8483. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

Pour la variable « nombre de gardes par mois », la p-valeur du test de Kruskal-Wallis (0,0018) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : au moins une des moyennes diffère des autres. Nous allons tester deux à deux les moyennes avec un test de Wilcoxon pour savoir quelle moyenne diffère de quelle autre.

- Groupe seul/CDG

La p-valeur (0,0481) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : les médecins installés en cabinet de groupe font en moyenne significativement plus de gardes que les médecins installés seuls.

- Groupe seul/MDSP

La p-valeur (0,0005) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : les médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire font en moyenne significativement plus de gardes que les médecins installés seuls.

- Groupe CDG/MDSP

La p-valeur (0,0222) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : les médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire font en moyenne significativement plus de gardes que les médecins installés en cabinet de groupe.

Pour la variable « repos compensateur consécutif aux gardes », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,9123. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

2.2.4.3 Charge administrative et secrétariat

Pour la question « avez-vous une secrétaire pour répondre aux appels téléphoniques (présente ou secrétariat téléphonique)? », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est inférieur à 0,0001. Il y a donc une différence significative entre les 3 modes d'installation. Nous allons tester les variables deux à deux avec un test de Khi-2 (ou un test de Fisher en cas d'effectifs insuffisants) pour déterminer quels groupes diffèrent.

- Groupe seul/CDG

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 de Fisher est à $1{,}6802 \times 10^{-8}$: les médecins installés en cabinet de groupe ont significativement plus une secrétaire pour répondre aux appels téléphoniques que les médecins installés seuls.

- Groupe seul/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 de Fisher est à $6{,}0294 \times 10^{-7}$: les médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire ont significativement plus une secrétaire pour répondre aux appels téléphoniques que les médecins installés seuls.

- Groupe CDG/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 est à 0,3431 : il n'y a pas de différence significative quant à la présence ou non d'une secrétaire pour répondre aux appels téléphoniques entre les deux modes d'installation.

Pour la question « qui s'occupe des tâches administratives du cabinet ? », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est inférieur à 0,0001. Il y a donc une différence significative entre les 3 modes d'installation. Nous allons tester les variables deux à deux avec un test de Khi-2 (ou un test de Fisher en cas d'effectifs insuffisants) pour déterminer quels groupes diffèrent.

- Groupe seul/CDG

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 est à 0,0001 : les médecins installés en cabinet de groupe font significativement plus souvent appel à une autre personne pour les assister ou leur déléguer la gestion des tâches administratives du cabinet que les médecins installés seuls.

- Groupe seul/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 est à 0,0004 : les médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire font significativement plus souvent appel à une autre personne pour les assister ou leur déléguer la gestion des tâches administratives du cabinet que les médecins installés seuls.

- Groupe CDG/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 est à 0,6777 : il n'y a pas de différence significative quant à la personne qui gère les tâches administratives entre les deux modes d'installation.

2.2.4.4 Engagement professionnel

Pour la question « êtes-vous Maître de Stage Universitaire ? », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi 2 est inférieur à 0,0001. Il y a donc une différence significative entre les 3 modes d'installation. Nous allons tester les variables deux à deux avec un test de Khi-2 (ou un test de Fisher en cas d'effectifs insuffisants) pour déterminer quels groupes diffèrent.

- Groupe seul/CDG

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 est à 0,0629 : il n'y a pas de différence significative quant au fait d'être ou non MSU entre ces deux modes d'installation.

- Groupe seul/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 est à $2{,}1759 \times 10^{-5}$: les médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire sont significativement plus souvent MSU que les médecins installés seuls.

- Groupe CDG/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 est à 0,0026 : les médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire sont significativement plus souvent MSU que les médecins installés en cabinet de groupe.

Pour la question « J'estime consacrer suffisamment de temps à ma Formation Médicale Continue. », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,7505. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

2.2.5 Organisation de la vie personnelle

2.2.5.1 Temps de congés

Pour la variable « nombre de jours de congés au cours des 3 derniers mois », la p-valeur du test de Kruskal-Wallis (0,36) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre de jours de congés entre les groupes « seul », « CDG », « MDSP ».

Pour la variable « nombre de semaines de vacances au cours de l'année précédente », la p-valeur du test de Kruskal-Wallis (0,0008) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : au moins une des moyennes diffère des autres. Nous

allons tester deux à deux les moyennes avec un test de Wilcoxon pour savoir quelle moyenne diffère de quelle autre.

- Groupe seul/CDG

La p-valeur (0,0061) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : les médecins installés en cabinet de groupe ont en moyenne pris significativement plus de semaines de vacances que les médecins installés seuls au cours de l'année précédente.

- Groupe seul/MDSP

La p-valeur (0,0003) est inférieure au risque (5%) donc on rejette H0 : les médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire ont en moyenne pris significativement plus de semaines de vacances que les médecins installés seuls au cours de l'année précédente.

- Groupe CDG/MDSP

La p-valeur (0,1018) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre de semaines de vacances au cours de l'année précédente entre ces deux modes d'installation.

2.2.5.2 Interférence travail-famille, disponibilité pour ses enfants

Pour la question « Etes-vous parti(e) en vacances avec vos enfants au cours des 3 derniers mois? », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,5503. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

Pour la question « J'estime avoir suffisamment de temps à consacrer à mes enfants. », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,3816. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

Pour la question « Je rencontre des difficultés liées aux horaires de ma profession concernant le mode de garde de mes enfants (crèche, garderie,

assistante maternelle, baby-sitter) », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,1483. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

Pour la question « Je peux en cas d'urgence concernant un de mes enfants me libérer de mes obligations professionnelles dans l'heure. », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,5839. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

Pour la question « Je peux facilement et rapidement trouver un moyen de garde "de secours" (famille, voisins, amis) de mes enfants si je dois aller travailler. », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,8703. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

Pour la question « J'arrive facilement à me libérer du temps pour des évènements ponctuels prévus ou imprévus pour mes enfants (spectacle, anniversaire, enfant malade). », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,1285. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

2.2.6 Résumé des liens entre mode d'installation et facteurs organisationnels

				Analyse par groupes		
		Variable	p-value	Seul/CDG	Seul/MDSP	CDG/MDSP
		Durée d'installation	p>0,05			
		Nombre de médecins	**p<0,05**			**p<0,05**
		Secteur d'installation	p>0,05			
Organisation de la vie professionnelle	**Charge de travail**	Actes/jour	**p<0,05**	p>0,05	**p<0,05**	p>0,05
		Heures/semaine	p>0,05			
		1/2 journées/semaine	**p<0,05**	**p<0,05**	**p<0,05**	p>0,05
		Visites à domicile	**p<0,05**	**p<0,05**	p>0,05	p>0,05
		Fin de vie	p>0,05			
	Irrégularité des horaires Gardes	Travail 20h-6h	p>0,05			
		Travail à partir samedi 13h	p>0,05			
		Gardes/mois	**p<0,05**	**p<0,05**	**p<0,05**	**p<0,05**
		Repos compensateur	p>0,05			
		Secrétaire/appels téléphoniques	**p<0,05**	**p<0,05**	**p<0,05**	p>0,05
		Administratif	**p<0,05**	**p<0,05**	**p<0,05**	p>0,05
	Engagement professionnel	MSU	**p<0,05**	p>0,05	**p<0,05**	**p<0,05**
		Temps consacré à la FMC	p>0,05			
Organisation de la vie personnelle	**Temps de congés**	Jours de vacances (dernier trimestre)	p>0,05			
		Semaines de vacances (année précédente)	**p<0,05**	**p<0,05**	**p<0,05**	p>0,05
	Interférence travail-famille	Vacances avec les enfants (dernier trimestre)	p>0,05			
		Temps consacré aux enfants	p>0,05			
		Difficultés de mode de garde à cause des horaires	p>0,05			
		Disponibilité en cas d'urgence pour les enfants	p>0,05			
		Disponibilité d'un mode de garde « de secours »	p>0,05			
		Disponibilité pour évènements prévus ou imprévus pour les enfants	p>0,05			

En résumé :

Il y a significativement **plus de médecins** installés dans le cabinet **en MDSP** qu'en cabinet de groupe.

Organisation de la vie professionnelle :

Charge de travail

Les médecins de **MDSP** font **plus d'actes par jour** que ceux installés seuls.

Les médecins installés **seuls** travaillent **plus de demi-journées par semaine** que les médecins installés en cabinet de groupe et en MDSP.

Les médecins en **cabinet de groupe** font **plus de visites à domicile** que les médecins installés seuls.

Irrégularités des horaires et gardes

Il n'y a **pas de différence significative entre les différents modes d'installation quant à l'irrégularité des horaires** (travail entre 20h et 6h la semaine et le week-end à partir de samedi 13h).

Les médecins installés **en cabinet de groupe et en MDSP font plus de gardes** que les médecins installés seuls, et les médecins installés en **MDSP** font **plus de gardes** que ceux installés en cabinet de groupe.

Administratif et secrétariat

Les médecins installés en **cabinet de groupe** et en **MDSP** ont **plus souvent un secrétariat pour répondre aux appels téléphoniques** que les médecins installés seuls, et font **plus souvent appel à une autre personne** pour les assister ou leur déléguer la gestion des **tâches administratives** du cabinet.

Engagement professionnel

Les médecins de **MDSP** sont **plus souvent MSU** que les médecins installés en cabinet de groupe ou seuls.

Organisation de la vie personnelle :

Les médecins installés en **cabinet de groupe et en MDSP** ont pris **plus de semaines de vacances** au cours de l'année précédente que les médecins installés seuls.

Aucune différence significative n'a été retrouvée **entre les différents modes d'installation en** ce qui concerne la **disponibilité pour ses enfants**.

2.3 Lien entre le mode d'installation et les facteurs inter-individuels

2.3.1 Réunions de concertation pluridisciplinaire

Pour la variable « nombre de RCP concernant un de ses patients auxquelles le médecin a assisté au cours des 3 mois précédents », la p-valeur du test de Kruskal-Wallis (0,8977) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre de RCP auxquelles le médecin a participé entre les groupes « seul », « CDG » et « MDSP ».

2.3.2 Concertation informelle

2.3.2.1 Avec confrères médicaux

Pour la variable « nombre de minutes consacrées au cours de la semaine précédente », la p-valeur du test ANOVA (0,0518) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre de minutes consacrées à la concertation avec des confrères médicaux entre les groupes « seul », « CDG » et « MDSP ».

2.3.2.2 Avec confrères paramédicaux

Pour la variable « nombre de minutes consacrées au cours de la semaine précédente », la p-valeur du test ANOVA (0,0992) est supérieure au risque (5%) donc on accepte H0 : il n'y a pas de différence significative quant à la moyenne du nombre de minutes consacrées à la concertation avec des confrères paramédicaux entre les groupes « seul », « CDG » et « MDSP ».

2.3.3 Groupes Balint

Pour la question « participez-vous à un groupe Balint ? », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,2355, il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

2.3.4 Relations avec les collègues

Pour la question « Vous avez eu des difficultés (conflit ou désaccord) avec un des professionnels de santé travaillant avec vous. », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 de Fisher est à 0,6860. Il n'y a donc pas de différence significative entre les 3 modes d'installation.

Pour la question « Vous avez ressenti les professionnels de santé travaillant avec vous comme une ressource lors de situations difficiles (difficultés relationnelles avec un patient, doute diagnostique). », pour une probabilité alpha à 0,05, le Khi-2 est à 0,0024. Il y a donc une différence significative entre les 3 modes d'installation. Nous allons tester les variables deux à deux avec un test de Khi-2 (ou un test de Fisher en cas d'effectifs insuffisants) pour déterminer quels groupes diffèrent.

- Groupe seul/CDG

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 est à 0,0021 : les médecins installés en cabinet de groupe perçoivent significativement plus souvent leurs collègues comme une ressource que les médecins installés seuls.

- Groupe seul/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 est à 0,0028 : les médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire perçoivent significativement plus souvent leurs collègues comme une ressource que les médecins installés seuls.

- Groupe CDG/MDSP

Pour une probabilité alpha de 0,05, le Khi-2 est à 0,4241 : il n'y a pas de différence significative quant à la perception des collègues comme une ressource entre ces deux modes d'installation.

2.3.5 Résumé des liens entre mode d'installation et facteurs inter-individuels

		Analyse par groupes		
Variable	p-value	Seul/CDG	Seul/MDSP	CDG/MDSP
RCP	p>0,05			
Concertation informelle : -médicale -paramédicale	 p>0,05 p>0,05			
Groupes Balint	p>0,05			
Relations avec les collègues : -source de difficultés -ressource	 p>0,05 **p<0,05**	**p<0,05**	**p<0,05**	p>0,05

En résumé :

Il n'y a **pas de différence significative** entre les modes d'installation pour ce qui est du **temps consacré à la concertation médicale et paramédicale**.

Les médecins installés en **cabinet de groupe et en MDSP** perçoivent plus souvent **leurs collègues** comme une **ressource** que les médecins installés seuls.

3. Objectif secondaire : Etude de la stabilité de ces liens dans le temps

Compte-tenu du trop faible effectif de répondants (20 répondants pour plusieurs questionnaires), et par conséquence de la perte de puissance de l'étude, il nous a été impossible de remplir cet objectif secondaire.

DISCUSSION

Notre étude est la première de ce type en France : bien que plusieurs études, notamment qualitatives, aient exploré pourquoi selon les médecins une installation en Maison de Santé Pluridisciplinaire pouvait être protectrice du burn-out, aucune étude n'avait pour le moment essayé de rechercher des liens significatifs avec des facteurs établis scientifiquement comme étant à risque ou protecteurs de burn-out.

De même, plusieurs auteurs ont étudié la prévalence du burn-out et de ses 3 composantes auprès des médecins généralistes de Poitou-Charentes, mais aucun ne s'était penché sur la composante d'accomplissement personnel (pourtant la plus atteinte des trois aux dépens de la dépersonnalisation et de l'épuisement émotionnel selon Truchot en 2004 (8)) et sur son lien avec le mode d'installation.

Ce travail a donc pour but d'établir clairement les facteurs qui, liés à une installation en MDSP, pourraient être protecteurs du burn-out.

1. Limites et biais de l'étude

1.1. Discussion de la méthodologie

1.1.1. Biais liés au mode de recueil des données

Les questionnaires ont été envoyés par e-mail aux médecins généralistes, en passant par l'URPS de Poitou-Charentes. Ce mode d'envoi a montré plusieurs limites : d'une part, la sollicitation par courriel dans le cadre de thèses est maintenant monnaie courante pour les doctorants de médecine, et les boîtes de réception des médecins généralistes sont régulièrement assaillies de nouvelles demandes de participation à une thèse, provoquant une lassitude du médecin récepteur qui ne peut évidemment répondre à toutes ces sollicitations.

D'autre part, l'envoi par courriel par l'URPS supposait 2 choses : la première, que l'URPS dispose d'une adresse e-mail valide d'un maximum de médecins généralistes, et la deuxième que sous couvert de l'anonymat, nous ne pouvions pas disposer de ces adresses pour effectuer des relances ciblées auprès des médecins non-répondants.

Le nombre de destinataires du questionnaire a donc été de 961 lors du 1er envoi, 997 lors du 2e envoi, 945 lors du 3e envoi, alors que le nombre de médecins généralistes répertoriés par l'Atlas 2015 de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins est de 2476 (67) (dont il faut enlever une part de médecins salariés). Cela nous permet de conclure que la moitié des médecins généralistes susceptibles d'être inclus dans l'étude n'a pas été sollicitée.

Les relances n'étant pas réalisables de façon ciblée auprès des médecins non répondants, nous avons pris le parti d'effectuer des relances globales toujours par courriel auprès des mêmes destinataires que lors de l'envoi initial. Nous leur précisons dans le courrier joint avec cette relance qu'il n'était pas nécessaire pour eux de répondre s'ils l'avaient déjà fait. Si ces relances nous ont permis de récolter quelques réponses supplémentaires, elles ont en revanche donné l'occasion à certains répondants très (trop ?) assidus de donner une 2e réponse au même

questionnaire, parfois avec des données différentes par rapport à l'envoi initial. Nous reviendrons sur ce point dans le paragraphe « biais liés à l'analyse de données ».

Les envois étaient aussi très rapprochés dans le temps, espacés seulement de 2 mois et demi : cela a pu causer une lassitude et donc limiter le nombre de réponses des médecins sollicités. De même, un envoi plus espacé (envois espacés d'un an par exemple) aurait pu mettre en évidence un changement dans les pratiques des médecins répondants et la modification des liens explorés dans cette étude (entre mode d'installation et score d'accomplissement personnel, entre mode d'installation et facteurs intra-individuels, organisationnels et inter-individuels) qui en découle.

1.1.2. Biais liés à l'outil

Dans le but de pouvoir comparer les données des 3 questionnaires (l'étude de la stabilité des liens entre mode d'installation et facteurs intra-individuels, organisationnels, inter-individuels étant notre objectif secondaire), et dans un souci d'anonymat, nous avions demandé à chaque répondant de donner un **identifiant** au début du questionnaire. Cet identifiant était selon la consigne du questionnaire (laquelle était rappelée dans le courrier accompagnant l'envoi du courriel) composé des initiales du médecin suivies de l'année de naissance de sa mère (sous le format AAAA). Cette consigne n'a pas été suivie par tous, certains médecins nous indiquant seulement leurs initiales, parfois leur nom en entier, ou encore les initiales suivies de leur propre année de naissance. Cette variation inattendue dans l'utilisation des identifiants peut avoir conduit à considérer comme primo-répondant un médecin ayant répondu sous un identifiant différent que lors d'une réponse antérieure, et donc provoquer une redondance de réponses. De même, cela peut nous avoir empêché d'inclure un nouveau répondant dans la partie comparative de l'étude (correspondant à notre objectif secondaire).

Concernant la formulation des questions sur les **stratégies d'adaptation**, la question retrouvée dans la bibliographie est formulée de cette façon « Face à l'événement le plus stressant au cours des deux derniers mois dans votre travail, quelle a été votre réaction ?». Nous avons pris la liberté, devant la répétition des envois (programmés tous les 2 mois et demi) de formuler différemment la question, qui a donc été transformée en « En général, lorsque vous avez rencontré des difficultés au travail, quelle a été votre réaction ? ». Cette formulation permettait d'avoir une vue sur les stratégies d'adaptation lors de l'exercice quotidien du praticien interrogé, et pas seulement en situation aiguë, mais il est possible que les réponses du répondant fournies à la formulation initiale aient différé de celles que nous avons obtenu.

Concernant la charge de travail, certaines réponses des médecins à la question sur le nombre d'**actes par jour** en moyenne la semaine précédente portent à croire que la question aurait dû être formulée autrement. En effet, cette question faisait suite à deux autres questions (portant également sur la charge de travail) : nombre de demi-journées par semaine et nombre d'heures par semaine, il est donc

possible que les médecins aient déclaré le nombre d'actes réalisés non par jour, mais par semaine, ce qui expliquerait les réponses aberrantes, certains médecins allant jusqu'à déclarer 180 actes par jour.

1.1.3. Biais liés à l'analyse des données

Les données ont été recueillies sous Google Form, puis exportées sous format Excel dans le but d'être analysées avec le logiciel SAS 9.4. Du fait du faible taux de répondants, **certaines variables étaient représentées par de trop petits effectifs pour être analysées par ce logiciel, ce qui nous a amené à les regrouper** :

-pour les questions sur les stratégies de coping, les variables « tout à fait » et « beaucoup » ont été regroupées en « stratégie utilisée » et les variables « un peu » et « pas du tout » ont été regroupées en « stratégie peu ou non utilisée ».

-pour la question sur la gestion des tâches administratives, les réponses ont été regroupées en 3 variables « médecin seul », « médecin + autre », « autre seul ».

-pour les questions formulées sous forme d'échelle de Likert (concernant le temps consacré à la formation médicale continue, la disponibilité pour ses enfants), les variables « tout à fait d'accord », « d'accord », « plutôt d'accord » ont été regroupées en « d'accord » et les variables « plutôt pas d'accord », « pas d'accord » et « pas d'accord du tout » ont été regroupées en « pas d'accord ».

-pour les questions concernant les rapports avec les collègues de travail (dont nous avions volontairement formulé les réponses de la même façon que celles du MBI), les réponses « jamais » et « quelques fois par an » ont été regroupées en « jamais ou rarement », les réponses « une fois par mois » et « quelques fois par mois » en « parfois » et les réponses « une fois par semaine », « quelques fois par semaine », « chaque jour » en « souvent ».

Le regroupement de ces variables a certes rendu réalisable l'analyse statistique, mais nous avons perdu en précision.

Nous avons reçu pour plusieurs réponses des **valeurs aberrantes** :

-en ce qui concerne le secteur d'activité, certains médecins ne nous ont pas donné le code postal de leur lieu d'installation, mais ont déclaré dans quel secteur ils étaient conventionnés (secteur 1 ou 2) : leurs réponses ont été supprimées.
-en ce qui concerne le nombre de patients en fin de vie, un médecin a déclaré avoir eu 850 patients en fin de vie au cours des 3 derniers mois : cette valeur a été considérée comme aberrante et donc supprimée.
-en ce qui concerne le nombre d'actes par jour en moyenne, devant un nombre important de valeurs aberrantes (plus de 100 actes/jour selon plus de 30 répondants sur les 200 questionnaires exploités), nous avons décidé non pas de supprimer ces réponses, mais de fixer une valeur seuil à 60 actes par jour à laquelle nous avons abaissé leur réponse. Mais ce nombre d'actes était peut-être celui déclaré par semaine (comme expliqué précédemment), auquel cas le nombre d'actes par jour réel pour ces médecins est bien inférieur à 60, ce qui a pu amener à une surestimation du nombre d'actes par jour en moyenne pour chaque groupe et fausser les résultats.

Nous avions pris la décision pour déterminer le **secteur d'installation** des médecins interrogés de leur demander le code postal de leur lieu d'installation : cette méthode a montré ses limites au moment de faire la répartition en secteurs d'installation (rural, semi-rural ou urbain), le traitement des codes postaux de façon individuelle étant impossible à réaliser. En effet, certains codes concernent plusieurs communes, et peuvent donc être rattachés soit à une aire urbaine (dont la liste est disponible par le site de l'INSEE) classant donc le médecin en secteur « urbain », soit à une commune rurale voire semi-rurale. Cette classification par secteurs à partir des codes postaux a donc pu créer un biais dans les résultats de l'étude.

1.2. Discussion des résultats

Le point faible majeur de cette étude a été le faible nombre de répondants : le traitement des données de façon séparée envoi par envoi aurait causé une perte de puissance de l'étude.

Nous avons pu pallier à cette problématique en regroupant tous les primo-répondants (pour chaque envoi) en une seule analyse, ce qui nous a permis de passer à 200 répondants au total. Cependant, il résulte probablement de ce faible taux une sous-représentativité de certaines populations de répondants. Par exemple, une population plus importante (et plus représentative de la population réelle de médecins généralistes installés) de médecins ayant des enfants en bas âge (en-dessous de 6 ans) aurait pu permettre de trouver un lien significatif entre mode d'installation et disponibilité pour ses enfants (et donc mettre en évidence l'interférence travail-famille)

Ce faible nombre de répondants ne nous a pas permis de réaliser notre objectif secondaire, à savoir l'étude de la stabilité dans le temps du lien entre le mode d'installation et les facteurs de Truchot (intra-individuels, organisationnels, inter-individuels) : avec seulement 20 médecins ayant répondu à deux ou trois envois, l'analyse statistique des données était rendue impossible, car certains groupes n'étaient représentés que par trois, voire un médecin lors des envois.

2. Interprétation des résultats et comparaison à la littérature

2.1. Objectif principal

Notre objectif principal était d'étudier le lien entre le score d'accomplissement personnel évalué selon le Maslach Burnout Inventory (MBI) et le mode d'installation des médecins généralistes libéraux installés en Poitou-Charentes et cela à travers les facteurs de Truchot qui y sont associés (en distinguant facteurs intra-individuels, facteurs organisationnels et facteurs inter-individuels).

2.1.1 Lien entre score d'accomplissement personnel et mode d'installation

Nos résultats n'ont mis en évidence aucun lien significatif entre le score d'accomplissement personnel et le mode d'installation (seul, en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire).

Les données de la littérature montraient quant à elles un risque de burn-out plus important chez les médecins installés seuls (4) (28), et un effet protecteur d'une installation en maison de santé (21).

Les médecins interrogés par Didier et Migné, issus de la même population (médecins généralistes de Poitou-Charentes) que celle de notre étude, avaient également décrit leur vision d'une installation en maison de santé comme protectrice contre le burn-out (43) (44).

Notre étude a retrouvé une majorité de médecins avec un score élevé d'accomplissement personnel (68% de la population totale), 20% avec un score modéré d'accomplissement personnel, et seulement 12% avec un score bas d'accomplissement personnel. Ces résultats sont en contradiction avec ceux de l'étude de Truchot de 2004, qui retrouvaient 44% de médecins généralistes avec un score bas d'accomplissement personnel (8).

Notre hypothèse de départ n'est donc pas confirmée : les médecins généralistes installés en maison de santé pluridisciplinaire n'ont pas un meilleur score d'accomplissement personnel.

2.1.2 Lien entre le mode d'installation et facteurs de Truchot

2.1.2.1 Mode d'installation et facteurs intra-individuels

2.1.2.1.1 Données socio-démographiques

Les résultats de notre étude ont montré un lien significatif entre le mode d'installation et l'âge des médecins interrogés : les médecins installés seuls seraient significativement plus âgés que ceux installés en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire.

Il a été également trouvé un lien significatif entre le mode d'installation et le nombre d'enfants de moins de 6 ans à domicile : les médecins installés en MDSP auraient significativement plus d'enfants de moins de 6 ans que les médecins installés seuls.

Ces données peuvent être traitées de façon conjointe, en se basant sur les réponses des médecins interrogés dans l'étude de Didier et Migné (43) (44).

Les maisons de santé pluridisciplinaires sont plus en adéquation avec les modalités d'exercice souhaitées par les jeunes générations de médecins généralistes, lesquelles sont plus à même d'être parents d'enfants en bas âge. Ces structures offrent en effet de meilleures conditions de travail (travail en équipe) et

une meilleure qualité de vie grâce à une meilleure gestion de la contrainte horaire et à une adaptation à la féminisation de la profession.

Concernant le lien entre mode d'installation et âge du médecin, il est par ailleurs intéressant de constater que la moyenne d'âge des répondants des groupes « cabinet de groupe » et « maison de santé pluridisciplinaire » sont similaires (51 ans), alors que la moyenne d'âge des médecins installés seuls est de 56 ans. De même, l'âge minimal des répondants est de respectivement 29 et 33 ans pour les groupes « MDSP » et « CDG », contre un âge minimal de 44 ans dans le groupe « seul ».

En revanche, les médecins répondants ayant des enfants de moins de 6 ans étant représentés à faible échelle dans notre étude (10% de la population totale, soit 8% avec 1 enfant de moins de 6 ans et 2% avec 2 enfants de moins de 6 ans), il est à craindre que cet échantillon ne soit que peu représentatif de la population effective de médecins généralistes libéraux.

2.1.2.1.2 Stratégies de coping

Seules les stratégies de coping d'humour (stratégie positive) et de prise de substances (stratégie négative) sont liées de façon significative avec le mode d'installation.

Notre étude montre que les médecins installés en cabinet de groupe ont plus recours à la stratégie positive d'humour que les médecins installés en MDSP.

Selon nos résultats les médecins installés seuls ont significativement plus recours à la stratégie de coping de prise de substances que les médecins installés en cabinet de groupe. La proportion de médecins ayant recours à la prise de substances dans le groupe seul (entre 7 et 8% des répondants de cette population) est à corréler à celle retrouvée par Galam dans ses travaux, au cours desquels 1 médecin sur 5 déclarait avoir consommé des anxiolytiques et/ou des hypnotiques au cours de l'année précédente, soit 20% (une proportion supérieure à celle retrouvée dans notre étude) et 5% des médecins déclarait avoir pris des antidépresseurs au cours de l'année précédente (soit une proportion similaire à celle que nous avons retrouvé dans notre étude) (40).

Par ailleurs, il est intéressant de constater que comme dans l'étude menée auprès de 143 résidents au Texas (38), la moitié des médecins interrogés voire plus utilisent les stratégies négatives de coping que sont le désintéressement (ou évitement) : 57% de la population totale déclare utiliser cette stratégie lors de la suggestion «Je me suis tourné(e) vers le travail ou vers d'autres activités pour me changer les idées »), l'extériorisation des émotions (50% de la population totale déclare utiliser cette stratégie lors de la suggestion « J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant »), et la culpabilisation (56% de la population totale déclare utiliser cette stratégie lors de la suggestion « Je me suis critiqué(e) »).

L'installation en maison de santé pluridisciplinaire ne permet donc pas aux médecins de favoriser les stratégies positives d'adaptation qui seraient protectrices du burn-out, notre hypothèse de départ est infirmée.

2.1.2.2 Mode d'installation et facteurs organisationnels

2.1.2.2.1 Généralités

Notre étude a mis en évidence un lien significatif entre le mode d'installation et le nombre de médecins installés : il y a évidemment plus de médecins installés dans le cabinet dans les groupes « CDG » et « MDSP » que dans le groupe « seul », mais aussi plus de médecins installés dans le cabinet dans le groupe « MDSP » que dans le groupe « CDG ».

Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre le mode d'installation et le secteur d'installation (rural, semi-rural ou urbain), en revanche la répartition des répondants du groupe « MDSP » est fidèle aux données de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) de 2013 (76), avec une majorité de maisons de santé en milieu rural (3/4 soit 75% selon l'IRDES et 62% dans notre étude), et le reste en milieu urbain (1/4 soit 25% selon l'IRDES et 38% dans notre étude).

2.1.2.2.2 Organisation de la vie professionnelle

Concernant **la charge de travail**, nos résultats ont montré un lien significatif entre le mode d'installation et le nombre d'actes par jour, ainsi qu'entre le mode d'installation et le nombre de demi-journées par semaine : les médecins installés en MDSP font en moyenne significativement plus d'actes par jour (38 actes/jour en moyenne) que les médecins installés seuls (31 actes/jour en moyenne), et les médecins installés seuls travaillent significativement plus de demi-journées par semaine que les médecins installés en cabinet de groupe et en maison de santé.

Rappelons que l'étude de J. Latourelle retrouvait (chez les spécialistes libéraux) un risque de burn-out augmenté au-delà de 25 actes par jour (28).

Aucun lien significatif n'a été en revanche été établi entre le mode d'installation et le nombre d'heures par semaine.

Nous avons également relevé un lien significatif entre mode d'installation et nombre de visites à domicile par semaine, les médecins installés en cabinet de groupe réalisant plus de visites à domicile (57% font plus de 10 visites/semaine, dont 17% plus de 20) que les médecins installés seuls (38% font plus de 10 visites/semaine, dont 8% plus de 20).

Ces résultats peuvent être expliqués par la délégation de soins que permet une installation en MDSP ou en cabinet de groupe : libérés plus facilement des contraintes administratives (comme nous le montrent les résultats sur la charge administrative que nous exposerons plus loin dans cette partie), les médecins peuvent disposer de plus de temps « médical » et donc réaliser plus d'actes (que ce soient des consultations ou des visites).

La continuité des soins assurée (prônée par la circulaire du 27 juillet 2010 relative aux MDSP (73)) et la collaboration interprofessionnelle (exposée comme avantage à une installation en MDSP par les médecins interrogés par Migné (44)) favorisées pour les médecins en MDSP (mais aussi en cabinet de groupe) peuvent expliquer que ces derniers aient plus de facilité à se libérer une ou plusieurs demi-journées par semaine que les médecins installés seuls.

Notre étude montre donc que les médecins installés en MDSP, contrairement à notre hypothèse de départ, ont plus de facteurs de risque liés à la charge de travail que les autres : leur nombre d'actes réalisés par jour est plus élevé.

Concernant **l'irrégularité des horaires et les gardes**, il n'a pas été mis en évidence dans notre étude de lien significatif entre le mode d'installation et l'irrégularité des horaires.

On note par ailleurs que la journée de travail dépasse souvent après 20h chez les médecins interrogés, 50 % de la population totale déclarant avoir travaillé entre 20h et 6h en semaine au cours du trimestre précédent en dehors de gardes (41% des médecins installés seuls, 53% des médecins installés en cabinet de groupe, 56% des médecins installés en MDSP).

Cela va à l'encontre de notre hypothèse de départ : les médecins installés en MDSP n'ont pas une meilleure flexibilité d'horaires que les médecins avec un autre mode d'installation, et sont donc autant à risque de burn-out sur ce point.

Un lien significatif a été retrouvé entre le mode d'installation et le nombre de gardes par mois, les médecins installés en MDSP font significativement plus de gardes que les médecins installés seuls ou en cabinet de groupe, et les médecins installés en cabinet de groupe font significativement plus de gardes que les médecins installés seuls. Rappelons que l'étude EGPRN (5) mettait en évidence un risque augmenté de burn-out chez les médecins réalisant un nombre élevé de nuits par mois.

Les médecins en MDSP réalisent plus de gardes que les autres et sont donc plus à risque de burn-out.

Il est également intéressant de noter que seulement 5% des médecins interrogés bénéficient d'un repos compensateur après une garde (4,9% des médecins installés seuls, 4,8% des médecins installés en cabinet de groupe, 5,9% des médecins installés en MDSP).

Concernant **la charge administrative et le secrétariat**, nous avons établi un lien significatif entre le mode d'installation et la présence d'un secrétariat (présentiel ou à distance) pour répondre aux appels téléphoniques et entre le mode d'installation et la gestion des tâches administratives du cabinet.

Les médecins installés en cabinet de groupe et en MDSP ont significativement plus souvent un secrétariat pour répondre aux appels téléphoniques que les médecins installés seuls, et font aussi significativement plus appel à une autre

personne pour les assister ou leur déléguer la gestion des tâches administratives du cabinet médical.

En effet, seulement 3% des médecins installés en groupe (et 0% des médecins en MDSP) déclarent ne pas avoir de secrétaire pour répondre aux appels téléphoniques, contre 31% des médecins installés seuls, et 66% des médecins installés seuls s'occupent eux-mêmes des tâches administratives du cabinet, contre respectivement 31% et 23% des médecins installés en cabinet de groupe et en MDSP.

Ce recours à des personnes extérieures pour la gestion des tâches non médicales s'explique par la mutualisation des moyens rendue possible lors d'un exercice en groupe (que ce soit en cabinet de groupe ou en MDSP), comme exposé dans la circulaire du 27 juillet 2010 (73) et dans les travaux de Didier et Migné (43) (44).

Les médecins installés en MDSP sont donc plus exposés aux facteurs protecteurs de burn-out (présentés comme tels notamment par Jonckheer et al. (46) dans leur report du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en 2011) que sont la présence d'un secrétariat et la délégation ou l'assistance dans les tâches administratives.

Concernant **l'engagement professionnel**, notre étude a retrouvé un lien significatif entre le mode d'installation et le fait d'être Maître de Stage Universitaire, les médecins installés en MDSP (74% du groupe « MDSP ») étant significativement plus MSU que les médecins installés en cabinet de groupe (42% du groupe « CDG ») ou seuls (26% du groupe « seul »). Cette implication dans l'enseignement universitaire s'explique par l'obligation pour les professionnels travaillant en MDSP à s'engager dans la formation des professionnels de santé (73), et était déjà formulée comme un des avantages à exercer en MDSP par les médecins interrogés par Migné (44). Ces médecins considéraient le fait d'accueillir un étudiant comme protecteur contre le burn-out, tout comme l'avançait l'étude EGPRN (5).

Les médecins installés en MDSP sont significativement plus souvent MSU que les autres médecins : cette implication universitaire les rend moins à risque de burn-out que les médecins dans d'autres modes d'installation.

Nous n'avons en revanche pas établi de lien significatif entre le mode d'installation et le fait d'estimer le temps consacré à sa formation médicale continue suffisant, les avis des médecins étant répartis de façon relativement homogène entre ceux qui considèrent y consacrer suffisamment de temps (53% de la population totale et du groupe « seul », 51% du groupe « CDG », 59% du groupe « MDSP ») et ceux qui considèrent ne pas y consacrer suffisamment de temps (47% de la population totale et du groupe « seul », 49% du groupe « CDG », 41% du groupe « MDSP »).

Notre hypothèse de départ (les médecins installés en MDSP ont plus de temps à consacrer à leur formation médicale continue) est donc infirmée : ils sont autant exposés à ce facteur de risque de burn-out (ne pas consacrer suffisamment de temps à sa formation) que les autres médecins.

2.1.2.2.3 Organisation de la vie personnelle

Le seul lien significatif retrouvé par notre étude a ici été entre le mode d'installation et le nombre de semaines de vacances prises au cours de l'année précédente : les médecins installés en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire avaient pris en moyenne significativement plus de semaines de vacances au cours de l'année passée que les médecins installés seuls.

La possibilité de pouvoir prendre des vacances plus facilement et donc la meilleure qualité de vie qui en est la conséquence était un des avantages à une installation en MDSP cités par les médecins interrogés par Didier et Migné (43) (44). Une installation à plusieurs médecins (en cabinet de groupe ou MDSP) permet en effet de répondre plus facilement à l'obligation de permanence des soins (les patients étant pris en charge lors de l'absence de leur médecin par ses associés), et a aussi une meilleure attractivité pour les remplaçants.

Les médecins installés en MDSP sont donc moins exposés au facteur de risque de burn-out grâce à la possibilité de prendre plus de périodes de vacances, ce qui est considéré par Cummings comme une façon de prévenir le stress professionnel (39).

Notre étude n'a en revanche montré aucun lien significatif entre le mode d'installation et l'interférence travail-famille explorée par les questions concernant la disponibilité du praticien pour ses enfants (compatibilité des horaires avec le mode de garde et disponibilité d'un mode de garde de secours, temps à consacrer à ses enfants que ce soit en globalité ou pour des évènements ponctuels prévus ou non, disponibilité en cas d'urgence), contrairement aux études de Foster, Shollen et Geurts (58) (60) (61) (62).

Une des possibilités de cette absence de lien significatif est que l'interférence travail-famille est plus marquée lors de la présence d'enfants en bas âge.

Or comme évoqué précédemment, les médecins répondants ayant des enfants de moins de 6 ans sont peu représentés dans cette étude (10% de la population totale, 3% des répondants du groupe « seul », 10% du groupe « CDG », 21% du groupe « MDSP »), ce qui ne reflète peut-être pas fidèlement la population réelle de médecins en France : une plus forte représentativité de cette population de médecins aurait pu montrer un lien significatif entre mode d'installation et interférence travail-famille.

Notre hypothèse de départ est donc infirmée : une installation en MDSP ne permet pas une meilleure gestion du conflit travail-famille (et notamment ne permet pas d'avoir une meilleure disponibilité pour ses enfants), lequel est reconnu comme générateur de burn-out par de nombreux auteurs (étude EGPRN (5), Galam (40), Estryn-Behar (51) (53)) : les médecins de MDSP sont donc autant à risque de survenue de burn-out que les autres sur ce point.

2.1.2.3 Mode d'installation et facteurs inter-individuels

Notre étude a mis en évidence un lien significatif seulement entre le mode d'installation et le fait de considérer les professionnels de santé travaillant avec soi comme une ressource : les médecins installés en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire considèrent plus souvent leurs collègues comme une ressource que les médecins installés seuls, avec des résultats significatifs

Ces données sont concordantes avec celles fournies par les médecins interrogés par Didier et Migné (43) (44), qui considèrent la maison de santé comme favorisant les échanges, et aux données des travaux de Barbier qui affirmait en 2004 que « la revalorisation de l'expression et des échanges lors de réunions, symposiums, congrès permet de mieux partager ses difficultés et de sortir de l'isolement » (31).

Les médecins installés en MDSP sont donc plus protégés contre le burn-out que les autres médecins, grâce à ce soutien confraternel.

Il est intéressant, par rapport à ces données fournies par notre étude, de remarquer que le temps consacré à la concertation informelle (que ce soit médicale ou paramédicale) n'est pas lié de façon significative au mode d'installation. Nous pouvons alors envisager d'autres pistes qui rendent les professionnels perceptibles comme ressource pour les médecins installés en cabinet de groupe ou en maison de santé, sans augmentation de ce temps de concertation : dossier informatique partagé, recours à un avis « entre deux portes » facilité par rapport aux médecins installés seuls.

L'analyse des données permet aussi de remarquer la faible participation des médecins répondants aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire formalisées à l'hôpital (en moyenne aucune participation dans les 3 groupes) et aux groupes Balint (4,5% de participants dans la population totale, 8,2% dans le groupe « seul », 2,9% dans les groupes « CDG » et « MDSP »). Ces faibles participations peuvent être expliquées en ce qui concerne les RCP par la distance géographique entre le lieu d'installation du médecin généraliste et l'hôpital où se déroulent ces réunions, leur aspect chronophage, leur manque de rémunération et parfois le manque d'information et d'inclusion du médecin traitant dans des prises en charge spécialisées hospitalières. En ce qui concerne les groupes Balint, le manque de groupes de ce type dans la région Poitou-Charentes (seulement un groupe pour les 4 départements reconnu par la Société Médicale Balint France en novembre 2014) explique le manque de participation.

2.2. Objectif secondaire

Notre objectif secondaire était d'évaluer la stabilité des liens étudiés par l'objectif principal au cours du temps.

La population de répondants ayant fortement chuté au fil des envois (12,17% de répondants sur la population cible au 1er envoi, 7,02% au 2^{e} envoi, 4,02% au 3^{e} envoi), comme le montrait le graphique 1 de la partie résultats, seules les réponses

de 20 participants (ayant répondu à minimum 2 questionnaires sur les 3) ont pu être étudiées.

Ce taux faible de répondants ayant pour conséquence une perte de puissance de l'étude, il nous a été impossible de répondre à cet objectif secondaire.

3. Perspectives

3.1. Liées aux médecins et à leurs conditions d'exercice

Contrairement à ce qui était exprimé par les médecins lors d'entretiens semi-directifs, une installation en MDSP ne favorise pas selon plusieurs facteurs de notre étude une meilleure qualité d'exercice ou de vie : les médecins installés en MDSP effectuent plus d'actes par jour et plus de gardes. Ils ne bénéficient pas de plus de temps pour leur formation médicale continue ni d'une meilleure flexibilité horaire ou d'une diminution du conflit travail-famille.

D'autres pistes, non liées au mode d'installation pourraient être explorées, afin d'établir comment améliorer d'une autre manière les conditions de travail et de vie et donc protéger les médecins contre le burn-out, ou du moins limiter sa survenue.

L'étude a en revanche montré le caractère protecteur de l'installation en MDSP grâce à une meilleure gestion des tâches non médicales (secrétariat, délégation ou assistance pour les tâches administratives du cabinet médical) : la mutualisation des moyens tels qu'un secrétariat, un cabinet comptable (évidente pour une installation en MDSP ou même en groupe) devrait être favorisée également pour les médecins installés seuls.

Notre travail a également établi que les médecins installés en MDSP considèrent plus souvent leurs collègues comme une ressource en cas de difficultés, ce qui est protecteur du burn-out. Des mesures favorisant la création de réseaux de soignants, en rompant l'isolement des médecins, pourraient étendre cette relation ressource aux soignants les plus isolés en améliorant la communication inter-professionnelle.

Cette étude, même si elle n'a pas établi de lien entre le mode d'installation et ces deux facteurs, a mis en relief la faible participation des médecins aux groupes Balint, considérés comme protecteurs contre le burn-out, et la faible utilisation de stratégies d'adaptation (ou coping) positives, également protectrices.

Des pistes visant à favoriser l'implantation de nouveaux groupes Balint dans la région et l'apprentissage des stratégies positives d'adaptation (par le biais de FMC ou de groupes de pairs) seraient à explorer.

3.2. Liées à l'étude

Le faible taux de répondants à cette étude explique certaines difficultés que nous avons rencontrées, en particulier l'impossibilité de remplir notre objectif secondaire, à savoir l'étude de la stabilité des liens entre mode d'installation et facteurs à risque ou protecteurs de burn-out par comparaison entre les envois.

Un autre mode de recrutement que par e-mail serait à envisager, de même qu'un espacement plus important entre les envois.

L'étude d'une population avec des groupes fixes pour chaque mode d'installation et un nombre similaire de médecins dans tous les groupes (avec un engagement à la participation du médecin) pourrait aussi rendre possible cette comparaison, même si la variable d'anonymat ne pourrait pas être préservée et qu'un biais de réponse risque d'en être la conséquence.

Nous avons recherché un lien entre mode d'installation et accomplissement personnel, puis entre mode d'installation et facteurs de risque ou protecteurs de burn-out. Cette étude pourrait servir de base de lancement à d'autres études portant sur le lien entre mode d'installation et les deux autres scores du Maslach Burnout Inventory (épuisement émotionnel et dépersonnalisation) ou sur le lien entre accomplissement personnel et facteurs de risque ou protecteurs de burn-out (intra-individuels, organisationnels et inter-individuels).

CONCLUSION

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out, qui peut être quantifié grâce aux trois composantes du score de Maslach ou Maslasch Burnout Inventory (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, perte d'accomplissement personnel) touche près de la moitié des médecins généralistes français. Les médecins généralistes de Poitou-Charentes ne sont pas épargnés, avec comme particularité par rapport aux autres régions étudiées une perte d'accomplissement personnel plus importante.

Plusieurs facteurs ont été définis par D. Truchot comme étant à risque ou à contrario protecteurs du burn-out. Ces facteurs sont répartis en trois classes : intra-individuels, organisationnels et inter-individuels.

Le mode d'installation fait partie des facteurs organisationnels, et plusieurs études avancent le postulat qu'une installation en Maison de Santé Pluridisciplinaire serait protectrice contre le burn-out.

Notre étude avait pour objectif primaire d'étudier le lien entre le mode d'installation (seul, en cabinet de groupe et en maison de santé pluridisciplinaire) et le score d'accomplissement personnel du MBI et d'étudier le lien entre le mode d'installation et les trois classes de facteurs de burn-out (intra-individuels, organisationnels et inter-individuels).

Notre objectif secondaire était d'étudier la stabilité de ces liens au cours du temps, en comparant les réponses à l'envoi du même questionnaire à plusieurs mois d'intervalle.

Les résultats de notre étude n'ont pas montré de lien entre le mode d'installation et le score d'accomplissement personnel : les médecins installés en MDSP n'ont pas un score plus élevé que les autres. Concernant le lien entre le mode d'installation et les facteurs de Truchot, nous avons retrouvé des résultats divergents de ceux de la littérature : une installation en MDSP augmente le risque de burn-out du fait de certains facteurs organisationnels (nombre d'actes par jour et de gardes plus important), et n'apporte pas les facteurs protecteurs proposés par certains auteurs (pas de meilleure flexibilité horaire, de diminution du conflit travail-famille, pas plus de temps à consacrer à la formation médicale continue).

En revanche, pour certains aspects, conformément à la littérature, la MDSP est protectrice contre le burn-out : mutualisation des moyens avec un recours plus fréquent à des personnes extérieures pour les tâches non médicales (secrétariat, administratif), implication facilitée dans la formation universitaire avec un rôle de Maître de Stage, périodes de vacances plus nombreuses, soutien confraternel en cas de difficultés.

Nos travaux ont connu des difficultés en particulier du fait du faible taux de participants, qui a rendu impossible l'exploration de l'objectif secondaire.

Cette étude comparative de la stabilité des liens au fil du temps pourrait être faite lors de nouveaux travaux, en envisageant un mode de recrutement différent et des envois plus espacés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M, Tapias-Merino E, Beamud-Lagos M, Mingote-Adán JC. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. BMC Fam Pract. 17 nov 2013;14:173.

2. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. Appl Prev Psychol. 1998;7(1):63-74.

3. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2009;167(6):422-8.

4. Delbrouck M. Le burn-out du soignant. De Boeck; 2011.

5. 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):245-65.

6. Truchot D. Le burn-out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche URML Bourgogne. Dijon, UPMLB, Reims: Département de Psychologie; 2001.

7. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche URML Champagne-Ardenne. [Internet]. 2002 [cité 26 mars 2015]. Disponible sur: http://www.urml-ca.org/SITES/urml-ca.org/IMG/pdf/rapport_burnout_medecin_CA.pdf

8. Truchot D. Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'URML Poitou-Charentes. 2004 avr.

9. URML-IDF. Commission Prévention et Santé publique. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : Témoignages, analyses et perspectives. 2007. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/presse/DP_070621.pdf, consulté le 15 décembre 2015.

10. Truchot. L'épuisement professionnel : Concepts, modèles, interventions. Dunod; 2004.

11. Abdulghafour YA, Bo-hamra AM, Al-Randi MS, Kamel MI, El-Shazly MK. Burnout syndrome among physicians working in primary health care centers in Kuwait. Alex J Med. déc 2011;47(4):351-7.

12. Kacenelenbogen N OA, Roland M. Le burn-out des médecins généralistes en Belgique : conséquences sociétales et pistes de solution. Rev Médicale Brux. 2011. Consulté le 15 décembre 2015. Disponible sur : http://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/le-burn-out-des-medecins-generalistes-en-belgique--753.

13. 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):101-8.

14. Purnanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout : a meta-analysis. J Vocat Behav. 2010;(77):168-85.

15. Orton P, Orton C, Pereira Gray D. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. BMJ Open [Internet]. 2 févr 2012 [cité 18 janv 2013];2(1). Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3274717/ .doi:10.1136/bmjopen-2011-000274.

16. Delbrouck M. Comment traiter le burn-out ? Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. De Boeck; 2011.

17. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. The Lancet. nov 2009;374(9702):1714-21.

18. Doolittle BR, Windish DM, Seelig CB. Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. J Grad Med Educ. juin 2013;5(2):257-61.

19. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. mars 2013;63(608):e217-24.

20. Bruce SP. Recognizing stress and avoiding burnout. Curr Pharm Teach Learn. août 2009;1(1):57-64.

21. Al-Shoraian GMJ, Hussain N, Alajmi MF, Kamel MI, El-Shazly MK. Burnout among family and general practitioners. Alex J Med. déc 2011;47(4):359-64.

22. ten Brummelhuis LL, van der Lippe T, Kluwer ES, Flap H. Positive and negative effects of family involvement on work-related burnout. J Vocat Behav. déc 2008;73(3):387-96.

23. McManus I, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. BMC Med [Internet]. août 2004 [cité 5 mars 2015];2(29). Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC516448/. doi:10.1186/1741-7015-2-29.

24. Esnard C, Faury B, Zylinski A. Burnout en contexte professionnel soignant : la valorisation sociale des explications causales en termes d'effort. Cah Int Psychol Soc. 2014;2(102):233-58.

25. Janjhua Y, Chandrakanta. Behavior of Personality Type Toward Stress and Job Performance: A Study of Healthcare Professionals. J Fam Med Prim Care. 2012;1(2):109-13.

26. Bruchon-Schweiter M. Concepts, stress, coping. Rech Soins Infirm. déc 2001. Consulté le 15 décembre 2015. Disponible sur : http://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf.

27. Zeter C. Burn-out, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Poitiers, Université de Médecine et Pharmacie; 2004.

28. Latourelle J. Le burn-out des médecins spécialistes libéraux de la région Poitou-Charentes. [Thèse d'exercice]. [France]: Poitiers,UFR de Médecine et Pharmacie; 2004.

29. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? Can Fam Physician Médecin Fam Can. févr 2008;54(2):234-5.

30. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. JAMA. 23 sept 2009;302(12):1284-93.

31. Barbier D. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. Presse Médicale. 2004;(33):394-9.

32. 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):389-95.

33. Grebot E. Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2010;168(9):686-91.

34. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. J Pers Soc Psychol. févr 1989;56(2):267-83.

35. Schwarzer R, Schwarzer C. A CRITICAL SURVEY OF COPING INSTRUMENTS [Internet]. New York : Wiley: M. Zeidner & N. S. Endler; 1996 [cité 6 mars 2015]. Disponible sur: http://web.fu-berlin.de/gesund/gesu_engl/copchap6.htm

36. Carver C. Cope Inventory. Measurement Instrument Database for the Social Sciences. Disponible sur : http://www.midss.org/sites/default/files/cope.pdf. Consulté le 15 décembre 2015.

37. Muller L, Spitz E. [Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population]. L'Encéphale. déc 2003;29(6):507-18.

38. O'Brien L, Mathieson K, Leafman J, Rice-Spearman L. Level of stress and common coping strategies among physician assistant students. J Physician Assist Educ Off J Physician Assist Educ Assoc. 2012;23(4):25-9.

39. Cummings S BJ. Le stress décortiqué…ou comment sortir de la cage à hamster. Médecin Qué. 2009;44(9):43-8.

40. Galam É. Soigner les médecins malades - Seconde partie : quels médecins soignants ? Médecine. 1 déc 2013;9(10):471-4.

41. Molard F. Critères du choix du lieu d'installation des résidents : étude auprès de 119 résidents de Poitou-Charentes. [Thèse d'exercice]. [France]. Poitiers,UFR de Médecine et Pharmacie; 2005.

42. Galam É. Burn out des médecins libéraux 3e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. Médecine. 1 janv 2008;4(1):43-6.

43. Didier F. Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en Maison de Santé Pluriprofessionnelle. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2013.

44. Migné P. Avantages à exercer la Médecine Générale en maison ou pôle de Santé. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2013.

45. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique. 5 oct 2009;21(4):355-64.

46. Jonckheer P, SS, Lebeer G RM, De Schampheleire J DTM, Kacenelenbogen N OA, Pierart J KL. Le burnout des médecins généralistes : prévention et prise en charge. Centre fédéral d'expertise des soins de santé; 2011. Report No.: 165B. Consulté le 15 décembre 2015. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_165b_burnout_des_medecins%20generalistes.pdf.

47. Gallagher R. Épuisement par compassion. Can Fam Physician. mars 2013;59(3):e143-5.

48. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. Aust Fam Physician. juin 2005;34(6):497-8.

49. Breillat E. Burnout des urgentistes de Poitou-Charentes. [Thèse d'exercice.]. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2014.

50. Putnik K, Houkes I. Work related characteristics, work-home and home-work interference and burnout among primary healthcare physicians: A gender perspective in a Serbian context. BMC Public Health. 23 sept 2011;11(1):716.

51. Estryn-Behar M. « Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) - Cairn.info ». Consulté le 15 décembre 2015. http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-2-page-95.htm.

52. Jammes A. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux : étude menée auprès de médecins généralistes de la région biterroise. [Montpellier]: Faculté de Médecine; 2010.

53. Estryn-Behar M, Van der Heijden B, Guétarni K, Fry G. Pertinence des indicateurs de risques psychosociaux à l'hôpital pour la prévention du burnout. Arch Mal Prof Environ. sept 2010;71(4):619-37.

54. Canivet C, Ostergren P-O, Lindeberg SI, Choi B, Karasek R, Moghaddassi M, et al. Conflict between the work and family domains and exhaustion among vocationally active men and women. Soc Sci Med 1982. avr 2010;70(8):1237-45.

55. Dagrada H Kornreich C VP, Kornreich C. Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques. Rev Médicale Brux. 2011. Consulté le 15 décembre 2015. Disponible sur : http://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/le-burn-out-du-medecin-generaliste-hypotheses-etio-752.

56. Estryn-Behar M MD. Promouvoir la santé des soignants. Etude PRESST-NEXT. Concours Méd. 2007;(129):1020-5.

57. Fuß I, Nübling M, Hasselhorn H-M, Schwappach D, Rieger MA. Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. BMC Public Health. 7 oct 2008;8(1):353.

58. Geurts SAE, Kompier MAJ, Roxburgh S, Houtman ILD. Does Work–Home Interference mediate the relationship between workload and well-being? J Vocat Behav. déc 2003;63(3):532-59.

59. Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, de Haes HC, et al. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. Am J Med. août 2001;111(2):170-5.

60. Geurts S, Rutte C, Peeters M. Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. Soc Sci Med 1982. mai 1999;48(9):1135-48.

61. Foster SW, McMurray JE, Linzer M, Leavitt JW, Rosenberg M, Carnes M. Results of a gender-climate and work-environment survey at a midwestern academic health center. Acad Med J Assoc Am Med Coll. juin 2000;75(6):653-60.

62. Shollen SL, Bland CJ, Finstad DA, Taylor AL. Organizational climate and family life: how these factors affect the status of women faculty at one medical school. Acad Med J Assoc Am Med Coll. janv 2009;84(1):87-94.

63. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. Am J Med. 15 avr 2003;114(6):513-9.

64. Société Médicale Balint France. Le groupe Balint [Internet]. [cité 18 mars 2015]. Disponible sur: http://www.balint-smb-france.org/pages/les-actions-de-nom-structure.html

65. Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Ann Fam Med. avr 2008;6(2):138-45.

66. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas 2013 de la région Poitou-Charentes. [Internet]. 2013 juin [cité 26 mars 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/poitou_charentes_2013.pdf

67. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale interactive | Démographie médicale [Internet]. Atlas de la démographie médicale 2015. Carte interactive. [cité 29 mars 2015]. Disponible sur: http://www.demographie.medecin.fr/demographie

68. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France [Internet]. [cité 29 mars 2015]. Disponible sur : http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2015/nature-affections.htm

69. Galam É. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. Médecine. 1 déc 2007;3(10):474-7.

70. Haute Autorité de Santé. L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé [Internet]. 2007 nov [cité 6 mai 2015]. Disponible sur: http://www.lescentresdesante.com/IMG/pdf/exocoord.pdf

71. Code de la santé publique - Article L6323-3 | Legifrance [Internet]. [cité 6 mai 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000017744182&dateTexte=&categorieLien=cid

72. Code de la santé publique - Article L6323-4 | Legifrance [Internet]. [cité 6 mai 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020892316&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150204

73. Circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural [Internet]. [cité 6 mai 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf

74. 682 maisons ou pôles de santé en fonctionnement à début 2015 ! - Réseaux Santé et Territoire. Consulté le 15 décembre 2015. Disponible sur : http://www.sante-territoire.fr/spip.php?article237.

75. Projet de loi de finances pour 2015 : Politique des territoires. Consulté le 15 décembre 2015. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/a14-113-7/a14-113-75.html.

76. Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y., Rican S. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux [Internet]. 2013 sept [cité 6 mai 2015]. Report No.: 190. Disponible sur: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf

77. Observatoire National des Maisons de Santé. Implantation des Maisons de Santé Pluridisciplinaires et des Pôles de santé 2014 [Internet]. ARS Poitou-Charentes; 2014 [cité 14 mai 2015]. Disponible sur: http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Acteurs_en_sante/MSP/20141215_MSP_ZAP2014_ZOC2011.bmp

ANNEXES

1. Annexe 1 : Maslach Burnout Inventory

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item :

Réponse par : jamais - quelques fois par an - une fois par mois - quelques fois par mois - une fois par semaine - quelques fois par semaine - chaque jour

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

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle de Maslach

Jamais=0
Quelques fois par an=1
Une fois par mois =2
Quelques fois par mois=3 U
Une fois par semaine=4
Quelques fois par semaine=5
Chaque jour=6

Epuisement professionnel : Questions 1.2.3.6.8.13.14.16.20

Degré de burn out
Total inférieur à 17 = bas
Total compris entre 18 et 29 = modéré
Total supérieur à 30 = élevé

Dépersonnalisation : Questions 5.10.11.15.22

Degré de burn out
Total inférieur à 5 = bas
Total compris entre 6 à11 = modéré
Total supérieur à 12 = élevé

Accomplissement personnel : Questions 4.7.9.12.17.18.19.21

Degré de burn out
Total supérieur à 40 = bas
Total compris entre 34 et 39 = modéré
Total inférieur à 33 = élevé

2. Annexe 2 : Brief Cope Inventory

Face à l'événement le plus stressant au cours des deux derniers mois dans votre travail, quelle a été votre réaction ?

Réponse par : pas du tout-un peu-beaucoup-tout à fait

1. je me suis tourné(e) vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.
2. j'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.
3. je me suis dit que ce n'était pas réel.
4. j'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.
5. j'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.
6. j'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.
7. j'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.
8. j'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.
9. j'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.
10. j'ai recherché de l'aide et le conseil d'autres personnes.
11. j'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.
12. je me suis critiqué(e).
13. j'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.
14. j'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.
15. j'ai abandonné l'espoir de faire face.
16. j'ai pris la situation avec humour.
17. j'ai fait quelque chose pour moins y penser (aller au cinéma, regarder la télévision, lire, rêver tout éveillé, dormir, faire les magasins).
18. j'ai exprimé mes sentiments négatifs.
19. j'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.
20. j'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation.
21. j'ai refusé de croire que ça m'arrivait.
22. j'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.
23. j'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.
24. j'ai planifié les étapes à suivre.
25. je me suis reproché(e) les choses qui m'arrivent.
26. j'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.
27. j'ai prié ou médité.
28. je me suis amusé(e) de la situation.

3. Annexe 3 : Invitations à répondre au questionnaire en ligne et relances

3.1. Invitation à participer au 1er questionnaire

Docteur,

Je suis interne en médecine générale en fin de cursus en Poitou-Charentes.

J'effectue actuellement ma thèse d'exercice sur le lien entre le type d'installation et l'épuisement professionnel (aussi appelé burn-out), ainsi que le lien de ces deux composantes avec la disponibilité pour ses enfants.

Pour répondre à cette problématique, j'ai rédigé un questionnaire auquel vous pouvez accéder sur Internet via ce lien :

https://docs.google.com/forms/d/15iOmrACye244rWNy6Ts44Mdn6e6n8LRbF_FhRq_hCYs/viewform?usp=send_form

Les données recueillies seront traitées sous couvert d'anonymat grâce à un identifiant qui vous sera demandé en début de questionnaire.

Ce questionnaire nécessite environ 15 minutes pour être rempli. Afin de rechercher une évolution des données, vous le recevrez à 3 reprises, les 2e et 3e envois étant programmés pour le début du mois d'avril et la deuxième quinzaine du mois de juin. Je vous demande juste un retour d'email pour me dire si vous avez répondu, afin de ne pas effectuer de relance inutile.

Seriez-vous prêts à participer, afin d'enrichir le travail de ma thèse ?
Si vous acceptez, répondez au questionnaire et à ce mail pour vous éviter de recevoir des relances.
Si vous refusez, répondez à ce mail pour vous éviter de recevoir des relances.

Le résultat de cette étude vous sera communiqué si vous le souhaitez, sur simple demande.

En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer, Docteur, mes respectueuses salutations.

Marie Guillemot-Léquipé

3.2 Invitation à participer au 2e questionnaire

Docteur, Cher(e) Confrère,

Interne en médecine générale en fin de cursus en Poitou-Charentes, je me permets de vous solliciter afin d'enrichir mon travail de thèse consacré au **lien entre le type d'installation et l'épuisement professionnel** (aussi appelé burn-out) **ainsi que le lien de ces deux composantes avec la disponibilité pour ses enfants.**
Pour répondre à cette problématique, j'ai rédigé un questionnaire TOTALEMENT ANONYME que vous pourrez renseigner en quelques minutes en cliquant ICI

Ce questionnaire est le deuxième d'une série de 3 questionnaires.
Seuls les praticiens ayant répondu au 1er questionnaire (dont l'envoi a eu lieu au mois de Janvier) sont invités à répondre à ce nouvel envoi.
Un 3e et dernier envoi est programmé pour la deuxième moitié du mois de Juin.

Le résultat de cette étude vous sera communiqué si vous le souhaitez, sur simple demande. N'hésitez pas à me solliciter pour toute question ou information supplémentaire en fin de questionnaire.

En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer, Docteur, Cher(e) Confrère, mes respectueuses salutations.

Marie Guillemot-Léquipé

3.3 Relance au 2e questionnaire

Docteur, Cher(e) Confrère,

Interne en médecine générale en fin de cursus en Poitou-Charentes, je me permets de vous solliciter afin d'enrichir mon travail de thèse consacré au **lien entre le type d'installation et l'épuisement professionnel** (aussi appelé burn-out) **ainsi que le lien de ces deux composantes avec la disponibilité pour ses enfants.**
Pour répondre à cette problématique, j'ai rédigé un questionnaire TOTALEMENT ANONYME que vous pourrez renseigner en quelques minutes en cliquant ICI

Ce questionnaire est le deuxième d'une série de 3 questionnaires.
Seuls les praticiens ayant répondu au 1er questionnaire (dont l'envoi a eu lieu au mois de Janvier) **sont invités à répondre à ce nouvel envoi.** Il est important que vous gardiez le **même identifiant** que lors du 1er questionnaire, à savoir vos initiales suivies de l'année de naissance de votre mère, dans le but de comparer les données.

Si vous avez déjà répondu à ce 2e envoi, je vous en remercie et vous prie de ne pas tenir compte de cette relance.

Le résultat de cette étude vous sera communiqué si vous le souhaitez, sur simple demande. N'hésitez pas à me solliciter pour toute question ou information supplémentaire en fin de questionnaire.

En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer, Docteur, Cher(e) Confrère, mes respectueuses salutations.

Marie Guillemot-Léquipé

3.4 Invitation à participer au 3e questionnaire

Docteur, Cher(e) Confrère,

Interne en médecine générale en fin de cursus en Poitou-Charentes, je me permets de vous solliciter afin d'enrichir mon travail de thèse consacré au **lien entre le type d'installation et l'épuisement professionnel** (aussi appelé burn-out) **ainsi que le lien de ces deux composantes avec la disponibilité pour ses enfants.**
Pour répondre à cette problématique, j'ai rédigé un questionnaire TOTALEMENT ANONYME que vous pourrez renseigner en quelques minutes en cliquant ICI

Ce questionnaire est le dernier d'une série de 3 questionnaires.

J'attire votre attention sur l'importance de conserver le même identifiant que lors des deux précédents envois, à savoir **vos initiales suivies de l'année de naissance de votre mère (ex : XY1965)**, afin de pouvoir comparer les données des 3 questionnaires.

Le résultat de cette étude vous sera communiqué si vous le souhaitez, sur simple demande. N'hésitez pas à me solliciter pour toute question ou information supplémentaire en fin de questionnaire.

En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer, Docteur, Cher(e) Confrère, mes respectueuses salutations.

Marie Guillemot-Léquipé

4. Annexe 4 : Questionnaire en ligne

Identifiant : *vos initiales (prénom-nom) suivies de l'année de naissance de votre mère (AAAA)*

Caractéristiques socio-démographiques : *(page 1)*

-êtes-vous : *1 réponse possible*
- Un homme
- Une femme

-quel âge avez-vous ?

-situation familiale : *1 réponse possible*
- Seul(e)
- En couple

-enfants à la maison :
- Nombre
- Année(s) de naissance

-année d'installation

-secteur d'installation : *code postal de la ville d'installation*

-type d'installation : *1 réponse possible*
- seul
- en groupe ?
- en Maison de Santé Pluridisciplinaire (= minimum 2 médecins + 1 profession paramédicale)

-combien de médecins (y compris vous) exercent dans votre cabinet médical ?

-êtes-vous Maître de Stage Universitaire ? *oui/non*

Maslach Burnout Inventory : *(pages 2 et 3)*

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item : *1 réponse possible par item, présentation en tableau*

Réponse par : jamais - quelques fois par an - une fois par mois - quelques fois par mois - une fois par semaine - quelques fois par semaine - chaque jour

23. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.
24. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.
25. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.
26. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.

27. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.
28. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.
29. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.
30. Je sens que je craque à cause de mon travail.
31. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens.
32. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.
33. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.
34. Je me sens plein(e) d'énergie.
35. Je me sens frustré(e) par mon travail.
36. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.
37. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.
38. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.
39. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.
40. Je me sens ragaillardi(e) lorsque, dans mon travail, j'ai été proche de mes patients.
41. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.
42. Je me sens au bout du rouleau.
43. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.
44. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.

Rapports avec les collègues : indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item :
1 réponse possible par item, présentation en tableau

Réponse par jamais-quelques fois par an –une fois par mois-quelques fois par mois-une fois par semaine-quelques fois par semaine-chaque jour

-Vous avez eu des difficultés (conflit ou désaccord) avec un des professionnels de santé travaillant avec vous.

-Vous avez ressenti les professionnels travaillant avec vous comme une ressource lors de situations difficiles (difficulté relationnelle avec un patient, doute diagnostique).

Brief Cope Inventory : *(page 4)*

En général, lorsque vous avez rencontré des difficultés au travail, quelle a été votre réaction? *1 réponse possible par item, présentation en tableau*

Réponse par : pas du tout-un peu-beaucoup-tout à fait

1. je me suis tourné(e) vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.
2. j'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.
3. je me suis dit que ce n'était pas réel.
4. j'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.
5. j'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.

6. j'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.
7. j'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.
8. j'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.
9. j'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.
10. j'ai recherché de l'aide et le conseil d'autres personnes.
11. j'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.
12. je me suis critiqué(e).
13. j'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.
14. j'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.
15. j'ai abandonné l'espoir de faire face.
16. j'ai pris la situation avec humour.
17. j'ai fait quelque chose pour moins y penser (aller au cinéma, regarder la télévision, lire, rêver tout éveillé, dormir, faire les magasins).
18. j'ai exprimé mes sentiments négatifs.
19. j'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.
20. j'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation.
21. j'ai refusé de croire que ça m'arrivait.
22. j'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.
23. j'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.
24. j'ai planifié les étapes à suivre.
25. je me suis reproché(e) les choses qui m'arrivent.
26. j'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.
27. j'ai prié ou médité.
28. je me suis amusé(e) de la situation.

Caractéristiques d'exercice : (*page 5)*

-charge de travail :

- nombre de ½ journées par semaine
- nombre d'heures par semaine
- nombre d'actes par jour en moyenne la semaine dernière

-nombre de visites à domicile par semaine en moyenne? *1 réponse possible*

- moins de 10
- entre 10 et 20
- plus de 20

-irrégularité des horaires de travail : au cours du dernier trimestre, en dehors de gardes :

- avez-vous travaillé entre 20h et 6h ? oui / non
- avez-vous travaillé le week-end (à partir de samedi 13h) ? oui / non

-nombre de gardes par mois ? *si une garde tous les 2 mois : 0,5, tous les 4 mois : 0,25*

- avez-vous eu un repos compensateur après vos gardes ? oui / non

-combien de jours de vacances avez-vous pris au cours des 3 derniers mois, en comptant les week-ends ? *1 réponse possible*

-combien de semaines de vacances avez-vous pris l'an dernier ?

-avez-vous une secrétaire pour répondre aux appels téléphoniques ? (présente ou secrétariat téléphonique) *1 réponse possible*

- temps complet
- temps partiel
- non

-qui s'occupe des tâches administratives du cabinet ? *plusieurs réponses possibles*

- médecin
- secrétaire
- comptable
- tierce personne

-combien de patients en fin de vie avez-vous eu dans votre patientèle au cours des 3 derniers mois ?

-au cours des 3 derniers mois, combien de fois êtes-vous allés à une réunion de concertation formalisée à l'hôpital concernant un de vos patients ? (RCP d'oncologie, de gériatrie ou autre…) *réponse texte libre*

-j'estime consacrer suffisamment de temps à ma formation médicale continue (congrès, réunions de FMC organisées, groupes de pairs, lecture de revues spécialisées). *1 réponse possible*

- tout à fait d'accord
- d'accord
- plutôt d'accord
- plutôt pas d'accord
- pas d'accord
- pas du tout d'accord

-participez-vous à des groupes Balint ? oui / non

-combien de minutes (approximativement) la semaine dernière avez-vous consacré à une concertation informelle avec vos confrères médecins ? *réponse texte libre*

-combien de minutes (approximativement) la semaine dernière avez-vous consacré à une concertation informelle avec des professions paramédicales ? *réponse texte libre*

<u>Disponibilité pour vos enfants :</u> *(page 6)*

-êtes-vous parti(e) en vacances avec vos enfants au cours des 3 derniers mois ?
oui / non/ non concerné

Pour les 5 dernières questions : 1 réponse possible pour chaque item, présentation en tableau.

Lors de ces différentes situations liées à vos enfants, vous êtes :

Réponse par : tout à fait d'accord - d'accord – plutôt d'accord – plutôt pas d'accord – pas d'accord – pas du tout d'accord-non concerné

1. Je rencontre des difficultés liées aux horaires de ma profession concernant le mode de garde de mes enfants (crèche, garderie, assistante maternelle, baby-sitter).

2. J'estime avoir suffisamment de temps à consacrer à mes enfants.

3. Je peux en cas d'urgence concernant un de mes enfants me libérer de mes obligations professionnelles dans l'heure.

4. Je peux facilement et rapidement trouver un moyen de garde « de secours » (famille, voisins, amis) de mes enfants si je dois aller travailler.

5. J'arrive facilement à me libérer du temps pour des évènements ponctuels (prévus ou imprévus) pour mes enfants (spectacle, anniversaire, enfant malade).

RESUME

Introduction : Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out (BO) a une survenue conditionnée par trois types de facteurs protecteurs ou à risque : intra-individuels, organisationnels et inter-individuels. Le BO est mesuré par le Maslach Burnout Inventory via 3 composantes : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte d'accomplissement personnel (AP), laquelle semble être la plus atteinte chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes. Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MDSP) ont été présentées par plusieurs études comme étant protectrices du BO.

Objectif : Le but de ce travail était d'étudier le lien entre le score d'AP et le mode d'installation des médecins généralistes de Poitou-Charentes à travers les liens avec les facteurs intra-individuels, organisationnels et inter-individuels, et d'étudier la stabilité de ces liens dans le temps.

Matériel et méthodes : Nous avons soumis 961 médecins généralistes à un questionnaire en ligne à 3 reprises entre février et août 2015. Les 200 primo-répondants ont été répartis en 3 groupes selon leur mode d'installation (seul, cabinet de groupe, en MDSP). Nous avons ensuite cherché un lien entre le mode d'installation et chaque facteur.

Résultats :

30,5% des répondants étaient installés seuls, 52,5% en groupe, 17% en MDSP. Il s'agit en majorité d'hommes (60,5%), âgés en moyenne de 53 ans (les médecins installés seuls étant plus âgés que les autres-56 ans en moyenne).

La majorité (68%) présentait un score d'AP élevé. Nous n'avons pas retrouvé de lien entre le mode d'installation et ce score : les médecins de MDSP n'ont pas un meilleur score.

Les stratégies de coping positives sont peu utilisées (en dehors du coping actif, utilisé par 69 à 71% de la population totale).

L'analyse des 3 types de facteurs confirme certains aspects protecteurs de la MDSP : délégation des tâches non médicales (100% des médecins en MDSP ont un secrétariat pour répondre aux appels téléphoniques, contre 69% des médecins installés seuls -$p<0,05$- et 97% des médecins en cabinet de groupe –$p>0,05$), implication universitaire (74% des médecins en MDSP contre 42% en cabinet de groupe et 26% seul- $p<0,05$), plus de semaines de congés (7 semaines en moyenne en MDSP contre 5 seul -$p<0,05$- et 6 en groupe -$p>0,05$), soutien confraternel (71% considèrent parfois ou souvent leurs collègues comme une ressource lors de situation difficile contre 46% des médecins seuls –$p<0,05$- et 71% en cabinet de groupe –$p>0,05$); mais en infirme d'autres qui étaient supposés améliorés par la MDSP, ne retrouvant aucun lien avec certains facteurs (flexibilité horaire, interférence travail-famille, temps consacré à la formation médicale continue), voire établissant un risque plus important de BO chez les médecins en MDSP (charge de travail-38 actes/jour en MDSP contre 35 pour les médecins en groupe –$p>0,05$- et 31 pour les médecins seuls -$p<0,05$, nombre de gardes).

Conclusion : Contrairement à ce qui a été exposé dans la littérature jusqu'à présent, une installation en MDSP ne présente pas moins de facteurs de risque de BO : si quelques facteurs protecteurs sont plus présents, la majorité des facteurs de risque n'est pas moins représentée, et certains sont même prépondérants dans ce mode d'installation.

Mots-clés : médecins généralistes, burn-out, épuisement professionnel, accomplissement personnel, maison de santé

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins 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 !