



MESURES PRÉVENTIVES INDIVIDUELLES CONTRE LE BURNOUT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Dr Pauline Soille

Promoteur: Dr Manoël Le Polain

UCLOUVAIN – ANNÉE 2021-2022



Résumé

Le burnout des médecins généralistes est un problème fréquent ayant de nombreuses conséquences, tant pour le médecin lui-même que pour la population générale dont les soins peuvent s'en trouver dégradés. De nombreuses études sur le burnout ont déjà été réalisées, mais très peu étudient le burnout dans le contexte de la médecine générale belge. Parmi les différents facteurs protecteurs et favorisant le burnout, ce travail vise à quantifier l'impact des facteurs modifiables à l'échelle individuelle via une étude quantitative transversale.

L'étude a été menée entre janvier et février 2022 auprès de médecins généralistes de la Fédération Wallonie-Bruxelles, via une enquête anonyme en ligne. Celle-ci permet de comparer les moyennes des scores MBI des participants en fonction de l'application ou non de mesures orientées sur leur pratique ou sur leur bien-être, identifiées dans la littérature.

Une relation statistique significative a été trouvée entre une réduction des scores de burnout et les mesures suivantes : diminuer sa charge de travail en termes d'horaires et/ou de contacts-patients, prendre 2 pauses ou plus par jour, avoir des consultations de 20 minutes ou plus, avoir plus de 750 DMG, pratiquer un sport, réserver du temps pour ses loisirs, prendre plus de vacances, participer à des groupes de discussion, suivre une formation à la communication, manger sainement, ne pas voir de psychologue et ne pas faire de yoga.

Globalement, une amélioration des scores de burnout a été observée avec l'ancienneté, mettant en évidence une nette différence entre les scores des assistants et des médecins agréés. Par ailleurs, il a été démontré que les médecins estimant ne pas avoir un bon équilibre entre vie privée et professionnelle avaient des scores d'épuisement professionnel et de déshumanisation nettement péjorés par rapport à leurs confrères ayant un bon équilibre. Une analyse de sous-populations a été réalisée et la parole a également été donnée aux participants afin d'élargir les pistes de réponses.

A notre connaissance, ce travail est le premier à comparer quantitativement les mesures individuelles pouvant être mises en place dans les cabinets de médecine générale en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les résultats ouvrent la voie vers une meilleure prévention du burnout des médecins.

Indexation : P78 (surmenage), QR32 (étude quantitative), QD41 (prévention primaire), QS41 (médecin de famille)

Remerciements

Avant toute chose, je souhaite remercier mon promoteur, le docteur Manoël Le Polain, pour son soutien tout au long de cette année, ainsi que pour ses nombreuses idées, ses contacts et son partage de connaissances, qui m'ont beaucoup aidée lors de la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je tiens également à déjà remercier les Membres du Jury qui liront ce travail et l'évalueront. Merci pour l'attention portée à ce travail et le temps accordé à son évaluation.

Merci également à Rémi, mon compagnon de tous les jours. Merci pour ton soutien indéfectible au quotidien, pour ton aide pour l'utilisation de Matlab et ton entrain qui m'ont aidée à mener ce travail jusqu'au bout.

Merci également à tous les participants anonymes sans qui cette étude n'aurait pas abouti.

Merci à Florence, ma maitre de stage, pour nos discussions qui ont permis à ce travail d'évoluer, autour d'un sandwich.

Merci à Céline pour ton écoute bienveillante lors des différentes étapes de ce travail, ainsi que pour ta relecture attentive.

Merci aux membres de mon séminaire locorégional pour vos feedbacks et à nos superviseurs, les docteurs Guy Beuken et Thomas de Cartier. Sans vos rappels, nous n'aurions probablement pas aussi bien avancé dans nos travaux cette année.

Merci également à mes proches pour leur soutien moral cette année.

Table des matières

Résumé	1
Remerciements	2
Abréviations.....	5
1. Introduction	6
1.1 Généralités	6
1.2 Contexte belge	6
1.3 Lien avec la pratique des généralistes	7
1.4 Motivation personnelle	7
1.5 Utilité du travail dans ce contexte	7
1.6 Objectif de ce travail.....	7
2. Méthodes.....	8
2.1 Recherche bibliographique	8
2.2 Choix de la méthode utilisée.....	9
2.3 Critères d'inclusion	10
2.4 Critères d'exclusion	11
2.5 Recueil des résultats.....	11
2.6 Choix des analyses statistiques	11
2.7 Indicateurs mesurés	12
2.8 Précautions éthiques prises	12
2.9 Modalités de communication des résultats.....	13
2.10 Modalités de validation des résultats	13
3. Résultats	14
3.1 Description démographique des répondants	14
3.2 Proportions de réponses aux différentes questions	15
3.3 Répartition globale des scores d'épuisement.....	17
3.4 Modifications du score par rapport aux critères démographiques.....	18
3.5 Modification du score selon la pratique	20
3.6 Modification du score selon des critères de bien-être	23
3.7 Sélection de différentes populations	27
3.8 Retours des participants	31
4. Discussion	32
4.1 Applicabilité des résultats.....	32
4.2 Analyse critique des résultats	33
4.3 Biais.....	33

4.4 Qualité du travail de recherche.....	35
4.5 Comparaison des résultats avec ceux retrouvés lors de la recherche de littérature	36
4.6 Comparaison des résultats avec les solutions données par les participants.....	37
4.7 Apport de ce travail en lien avec l'objectif	38
4.8 Pistes de recherches futures	38
5. Conclusion	40
Bibliographie	41
Annexes	43
A. Flowchart de la recherche systématique de la littérature.	43
B. Tableaux résumés des articles sélectionnés	44
C. Articles en rapport avec chaque question	48
D. Protocole d'expérimentation	50
E. Questionnaire.....	53
F. Avis du Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG)	63
G. Avis du Comité Hospitalo-Facultaire.....	70
H. Graphiques des mesures n'ayant pas d'impact significatif sur le score de burnout	73
I. Tableau des idées anti-burnout proposées par les participants.....	79

Abréviations

DMG : Dossier Médical Global

ETP : Équivalent Temps Plein

FWB : Fédération Wallonie-Bruxelles

MBI : Maslach Burnout Inventory

MRS: Maison de repos et de soins

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance

OST : Organisation Scientifique du Travail

PICO : Patient, Intervention, Comparateur, Outcome

PSE : Service de Promotion de la Santé à l'École

RDV : Rendez-vous

SAP : Score d'accomplissement personnel

SASER : Service de Santé Affective, Sexuelle et de Réduction des risques

SD : Score de déshumanisation

SEP : Score d'épuisement professionnel

SISD : Service Intégré de Soins à domicile

SLR : Séminaire Locorégional

SRA : Service Résidentiel pour Adultes

SRJ : Service Résidentiel pour Jeunes

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

TFE : Travail de fin d'étude

1. Introduction

1.1 Généralités

Le burnout a été identifié pour la première fois par Herbert Freudenberger en 1974. Il le définit comme « *un échec ou un épuisement dû à des demandes excessives d'énergie, de force ou de ressources* ». (1) Ses observations ont ensuite été approfondies par Christina Maslach et Susan E. Jackson, qui ont publié en 1981 une échelle de mesure du burnout, appelée Maslach Burnout Inventory (MBI). Celle-ci délimite les trois axes du burnout : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte d'accomplissement personnel. (2)

Le burnout a depuis été ajouté à la classification internationale des maladies dans sa onzième édition (CIM-11), parue en mai 2019. Sa description, sous le code QD85, est : « *L'épuisement professionnel est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress professionnel chronique qui n'a pas été géré avec succès. Il se caractérise par trois dimensions :*

- 1) des sentiments d'épuisement ou de fatigue;*
- 2) une distance mentale accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés à son travail; et*
- 3) un sentiment d'inefficacité et de manque d'accomplissement. Le burnout se réfère spécifiquement à des phénomènes dans le contexte professionnel et ne devrait pas être appliqué pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. »* (3)

1.2 Contexte belge

Le burnout des médecins généralistes belge et sa prévention ont préalablement été étudiés par le KCE, dans le rapport 165B publié en 2011. (4) Dans ce document, le groupe d'experts a étudié la problématique en profondeur, mettant en évidence les facteurs liés au burnout (personnels, intrinsèques à la pratique ou extrinsèques) et ont proposé des pistes d'actions à plusieurs niveaux (individuelles, relatives à la pratique et relatives à l'organisation du système de soins de santé). Seulement, une des limites relevées par les chercheurs était le fait que « *peu d'interventions avaient fait l'objet d'une évaluation rigoureuse* ». Selon les sources, le taux de prévalence de médecins généralistes en burnout varie entre 10% (5) et 45% (6) en Belgique. La prévalence européenne, quant à elle, semble plutôt confirmer la deuxième valeur. (7) C'est donc un problème fréquent, dont les conséquences peuvent être multiples.

1.3 Lien avec la pratique des généralistes

Le burnout des médecins généralistes a de nombreuses répercussions, non seulement sur le professionnel en souffrance, mais également sur la population générale. Pour le médecin, le burnout amène : souffrance, problèmes de santé mentale, irritabilité, tendance à l'isolement, répercussions sur l'entourage et la famille, risque de suicide et d'abus de substances psychotropes. Outre les conséquences pour lui-même, le médecin en burnout peut également mettre ses patients en danger car il est plus à risque de commettre des erreurs médicales. Dans les cas les plus sévères, certains sont contraints à un arrêt de travail temporaire voire définitif, entraînant une surcharge de travail pour ses confrères et des conséquences économiques pour le médecin et sa famille. (4)

1.4 Motivation personnelle

Ayant été en arrêt maladie pour burnout lors de ma deuxième année d'assistantat, j'ai ressenti le besoin d'étudier ce sujet afin de mieux le comprendre mais surtout d'y trouver des solutions pour ma pratique afin qu'elle soit plus durable. En effet, j'ai toujours trouvé que la profession de généraliste est un superbe métier, mais ma pratique débutante me demandait tellement d'énergie que cela impactait également ma vie en dehors du travail. Il était donc essentiel pour moi d'étudier de manière objective les mesures préventives du burnout et en tirer un profil de pratique idéal afin de créer une installation future moins énergivore, plus pérenne.

1.5 Utilité du travail dans ce contexte

Les pistes amenées par le rapport 165B du KCE sont une source abondante d'inspiration, mais force est de constater qu'une réforme des soins de santé est difficile à mettre en place et qu'un changement des mentalités prendra du temps à se faire. La piste d'actions individuelles semble alors intéressante à étudier, tant par leur facilité accrue de mise en place, que par une adaptabilité individuelle à ses préférences. Seulement, une étude étendue des différentes mesures individuelles possibles n'a pas encore été réalisée à cette ampleur en Belgique.

1.6 Objectif de ce travail

L'objectif de ce TFE est de comparer quantitativement des facteurs individuels protecteurs ou favorisant le burnout, adaptés à la pratique de la médecine générale de la Fédération Wallonie-Bruxelles en 2022. Notre question de recherche est donc : « En tant que médecin généraliste wallon, quelles mesures préventives peut-on mettre en place de manière individuelle afin de réduire son risque de burnout ? »

2. Méthodes

2.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique pour ce TFE a été réalisée le 8 avril 2021 et est résumée dans le flowchart de l'Annexe A. Les bases de données ainsi que les termes utilisés sont repris dans le tableau suivant.

Tableau 1. Recherche de littératures : bases de données, termes MeSH et critères d'inclusion

Bases de données consultées	Mots-clés utilisés	Critères d'inclusion
Pubmed	("Burnout, Professional/prevention and control"[MeSH] OR "Burnout, Professional/etiology"[MeSH]) AND ("General practitioners"[MeSH] OR "Physicians, Primary care"[MeSH] OR "Family Practice"[MeSH]))	Anglais / Français Texte complet <10 ans
Embase	'professional burnout'/exp AND 'general practitioner'/exp	Texte complet <10 ans
Cochrane	(burn-out) AND (physician)	Reviews
Tripdatabase	((title:burnout) OR (title:burn-out)) AND ((title:physician) OR (title:"general practitioner") OR (title:"family practice"))	All secondary evidence
Minerva	Burn-out	
EBpracticenet	Burn-out	
Dynamed	Burn out	
SUMsearch	physician AND burnout AND prevention	
MGTFE	Burnout OR Burn out	
CISMeF	Burnout médecine générale	
HAS	Burnout médecine générale	Recommandations et guides

À la suite de la lecture des titres et des abstracts, une sélection a été réalisée selon les critères d'exclusion suivants :

- Articles se concentrant sur une spécialisation autre que les médecins généralistes ou étudiant uniquement les assistants
- Études n'incluant pas les médecins généralistes
- Articles se rapportant à d'autres professions
- Articles n'étudiant pas l'étiologie ou la prévention du burnout
- Articles concernant une période limitée dans le temps (ex : pandémie à covid-19)
- Articles se concentrant sur une population géographiquement trop restreinte (se limitant à un service, une ville, une région autre que la Wallonie)

- Case study
- Editorials or Letters
- Texte complet indisponible

Après exclusion des doublons, 15 articles ont été sélectionnés, lus et analysés (cf. tableaux en Annexe B).

2.2 Choix de la méthode utilisée

Afin d'objectiver quelles mesures préventives individuelles sont efficaces contre le burnout, une étude quantitative transversale a été mise en place pour comparer les moyennes des scores de burnout de différentes populations ayant mis en place ou non ces mesures.

De nombreuses échelles de burnout existent (8). Le choix du score utilisé s'est porté sur le Maslach Burnout Inventory, qui est utilisé dans plus de 90% des études sur le syndrome. (9)

Le Maslach Burnout Inventory (2) comporte 22 questions. Parmi celles-ci, 9 ont trait à l'épuisement professionnel, 5 à la déshumanisation et 8 à la perte d'accomplissement personnel. Pour chacune des questions, il faut répondre en termes de fréquence par une des propositions suivantes : jamais, quelques fois par an, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine, chaque jour. Chaque fréquence correspond à un nombre de points de 0 à 6 qui sont ensuite additionnés afin d'obtenir un score pour chacune des 3 catégories. Le nombre de points par catégorie oriente vers un degré de burnout.

Pour le score d'épuisement professionnel (SEP) :

- Un score inférieur à 17 correspond à un degré faible,
- Un score entre 18 et 29 à un degré moyen,
- Un score supérieur à 30 à un degré élevé.

Pour le score de déshumanisation (SD) :

- Un score inférieur à 5 correspond à un degré faible,
- Un score entre 6 et 11 à un degré moyen,
- Un score supérieur à 12 à un degré élevé.

Pour le score d'accomplissement personnel (SAP) :

- Un score inférieur à 33 correspond à un degré faible,
- Un score entre 34 et 39 à un degré moyen,
- Un score supérieur à 40 à un degré élevé.

Les scores ne sont pas additionnables pour conclure à un score global de burnout. Chaque entité est indépendante et le test doit donc être interprété en 3 parties, ce qui est fait dans la suite de ce travail.

Parmi les articles sélectionnés lors de la recherche de littérature, différentes mesures préventives pouvant être mises en place à l'échelle individuelle ont été sélectionnées. On retrouve parmi celles-ci :

- Des mesures ciblées sur l'organisation de la pratique : choisir un type de pratique (en solo, en association ou en maison médicale au forfait), travailler sur rendez-vous, diminuer la charge de travail, choisir une proportion de visites à domicile, limiter ses horaires, participer au rôle de garde, instaurer un rythme de consultation, prévoir des pauses, employer un secrétariat et/ou un comptable, informatiser son cabinet, avoir des activités médicales complémentaires.
- Des mesures pour la santé et le bien-être personnel : avoir un médecin traitant, prendre des vacances, avoir un bon équilibre entre vie privée et vie professionnelle, dormir suffisamment, manger sainement, avoir un bureau confortable, avoir des activités de détente (yoga, méditation, relaxation, sophrologie), pratiquer un sport, participer à des groupes de discussion ou des groupes Balint, suivre une formation continue, avoir une fonction universitaire, consulter un psychologue, se faire coacher en organisation, suivre une formation à la communication.

Un tableau à double entrée reprenant les diverses mesures et les articles dans lesquelles celles-ci sont retrouvées est disponible en Annexe C. Ce tableau a servi à la construction du questionnaire, qui a alors été conçu en 5 parties :

- Données personnelles (5 questions)
- Maslach Burnout Inventory (22 questions)
- La pratique (13 questions)
- Le bien-être et la santé (17 questions)
- Boîte à idées et suggestions (facultatif, 2 questions)

Un exemplaire du protocole d'expérimentation ainsi que du questionnaire sont disponibles en Annexe D et E.

La plateforme LimeSurvey hébergée à l'UCLouvain et recommandée par le Comité d'Ethique hospitalo-facultaire de Saint-Luc a été utilisée pour garantir l'anonymat des participants.

2.3 Critères d'inclusion

- Être médecin généraliste et pratiquer en Fédération Wallonie-Bruxelles
- Être volontaire pour remplir le questionnaire dans son entièreté
- Être âgé entre 24 et 80 ans

2.4 Critères d'exclusion

- Ne pas être médecin ou pratiquer une autre spécialité que la médecine générale
- Pratiquer en dehors de la Fédération Wallonie-Bruxelles

2.5 Recueil des résultats

L'envoi du questionnaire s'est fait par mail le 22 janvier 2022, via le relais des différents cercles de médecine générale. 69 cercles ont été contactés mais n'ayant pas reçu de réponse de tous les cercles, il est impossible de savoir combien de médecins ont réellement reçu le mail. Les potentiels participants étaient invités à compléter le questionnaire en ligne anonyme, sur la plateforme LimeSurvey. Le questionnaire est resté disponible pendant 1 mois et l'étude a ensuite été clôturée le 20 février 2022.

2.6 Choix des analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées via le logiciel Matlab, qui est un logiciel d'analyses de données.

La première étape a été d'effectuer une vérification des données. Seuls les questionnaires remplis dans leur totalité ont été sélectionnés. Une vérification de la validité des réponses a également été effectuée.

La seconde étape est d'effectuer une analyse descriptive pour observer la distribution des données pour les différentes sections du questionnaire (démographie, score MBI, mesures par rapport à la pratique, mesures quant au bien-être).

La troisième étape a consisté en une analyse statistique pour retrouver les corrélations entre les différentes variables correspondant aux réponses aux différentes questions et les 3 scores de burnout.

Les variables sont de 2 types : catégorielles (pour questions à choix multiples) ou continues (pour les réponses numériques).

Ayant visuellement estimé la répartition gaussienne des résultats, des test paramétriques ont alors utilisés. Les analyses statistiques utilisées sont :

- Un test T de Student non-apparié pour les données catégorielles avec 2 possibilités de réponse,
- ANOVA (Analysis of Variance) pour les données catégorielles avec 3 possibilités de réponses ou plus,
- Une corrélation de Pearson pour les variables continues.

Le seuil de significativité a été fixé à une p-valeur inférieure à 0,05.

2.7 Indicateurs mesurés

Les indicateurs mesurés sont l'amélioration des scores MBI entre les populations, déterminées par leurs réponses aux questions. Pour les variables catégorielles, l'amélioration correspond à la différence de moyennes. Pour les variables continues, l'amélioration est mesurée par la pente de la régression linéaire.

2.8 Précautions éthiques prises

Comité d'éthique

Un premier avis a été pris auprès du Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale, via la plateforme MGTFE Éthique. Leur avis étant qu'il était nécessaire de soumettre le projet au comité d'éthique de l'université, une demande a été faite auprès du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire des Cliniques Universitaires Saint-Luc. Celui-ci a remis un avis favorable en date du 13/01/2022. Les avis sont disponibles pour consultation aux Annexes F et G.

Consentement éclairé des participants

Un document de consentement éclairé à l'attention des participants a été créé et inclus dans le questionnaire. Il a été demandé aux participants de lire ce document et y adhérer avant de débiter la complétion des diverses parties du questionnaire. Par ailleurs, chaque participant a pu, s'il le désirait, poser des questions par mail à tout moment de la complétion du questionnaire.

Conflits d'intérêts

L'étudiant et auteur, Pauline Soille, ainsi que son promoteur, le docteur Manoël Le Polain, déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Confidentialité des données

Cette étude est conduite de manière anonyme. L'identité des répondants ne leur a pas été demandée et leur participation à cette enquête est restée strictement confidentielle. Les données personnelles les concernant ont été limitées au maximum afin de ne pas rendre leur identité reconnaissable. Les données n'ont pas été transmises à des personnes tierces et ont été sauvegardées de manière sécurisée. Seules des données statistiques agrégées sont rendues disponibles dans le travail. Les répondants ne sont pas identifiés par leur nom ni

d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Les données seront conservées jusqu'au 30/09/2022. La protection des données personnelles est assurée conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Assurance

Par ailleurs, une assurance a été souscrite afin de dédommager toute personne pouvant avoir subi un dommage en lien avec l'étude.

Nom et coordonnées de l'assureur : Ethias SA, rue des Croisiers n° 24 à Liège

Numéro de police d'Assurance : Police n° 45.399.955

2.9 Modalités de communication des résultats

Les participants intéressés ont été invités, lors de la conclusion du questionnaire, à envoyer un mail s'ils souhaitaient être tenus au courant des résultats de l'étude. Ceux-ci recevront une copie de ce travail, via leur adresse électronique.

2.10 Modalités de validation des résultats

La validation des résultats est faite par une comparaison aux résultats retrouvés dans la littérature.

3. Résultats

Dans cette section, nous commençons par décrire les proportions de réponses obtenues aux différentes questions avant de se pencher sur les moyennes de scores MBI en fonction des réponses à chaque question.

3.1 Description démographique des répondants

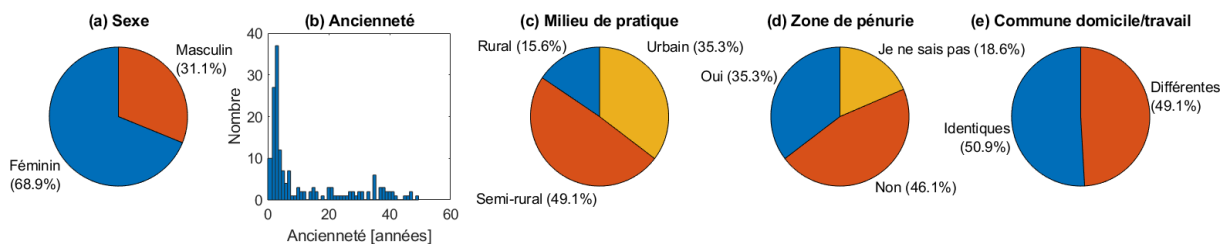


Figure 1. Démographie des répondants

Dans cette étude, 167 personnes ont complété la totalité du questionnaire de manière valide et ont clôturé leur participation.

Parmi les répondants, 115 sont des femmes et 52 sont des hommes (Fig.1(a)). Parmi les 71 assistants, 11 sont des hommes et 60 sont des femmes. Parmi les 96 médecins généralistes agréés, 41 sont des hommes et 55 sont des femmes. La majorité des répondants sont des assistants et des jeunes médecins. Cependant, les répondants de tous âges sont représentés, allant jusqu'à 50 ans de carrière (Fig. 1(b)).

Quant au milieu de pratique, 35,3% travaillent en zone urbaine, 49,1% en zone semi-rurale et 15,6% en zone rurale (Fig.1(c)). 46,1% des répondant ne travaillent pas en zone de pénurie. 35,3% sont en zone de pénurie et 18,6% ne savent pas si leur zone de travail est considérée comme étant en pénurie (Fig.1(d)). Les proportions de personnes travaillant dans leur commune de résidence et de navetteurs sont pratiquement identiques, avec respectivement 50,9% et 49,1% (Fig.1(e)).

3.2 Proportions de réponses aux différentes questions

3.2.1 Par rapport à la pratique

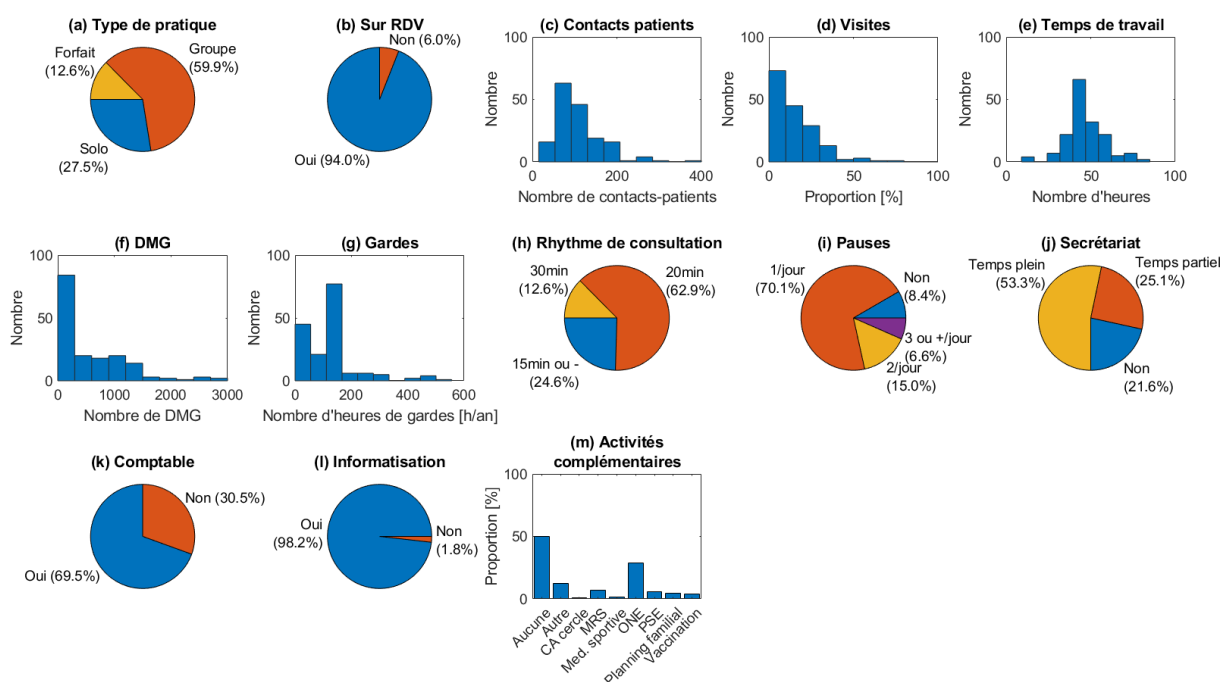


Figure 2. Réponses reçues aux questions sur la pratique

La Figure 2 représente les proportions de réponses reçues pour chaque question relative à la pratique des participants. Quelques points semblent intéressants à relever.

La majorité des répondants exercent en pratique de groupe (59,9%) (Fig.2(a)) et une large majorité travaille uniquement sur rendez-vous (94,0%) (Fig.2(b)).

En termes de charge de travail : le nombre médian de contacts-patients par semaine est de 100 (Fig.2(c)). La proportion de visites médiane est de 15% des contacts-patients (Fig.2(d)). Le nombre d'heures de travail médian est de 45 heures par semaine (Fig.2(e)).

Le nombre médian de dossiers médicaux globaux est de 300 par médecin. Ce nombre reprend les assistants (à qui il a été demandé de noter « 0 » lors de la complétion du questionnaire). En ignorant les réponses à 0, le nombre médian de DMG est de 800 patients par médecin (Fig.2(f)).

Le nombre médian d'heures de gardes est de 120 heures par an (Fig.2(g)).

La majorité des médecins font une pause par jour (70,1%) (Fig.2(i)) et la majorité des répondants fait appel à un secrétariat (78,4%) (Fig.2(j)) et à un comptable (69,5%) (Fig.2(k)).

La quasi-totalité (98,2%) des médecins répondant sont informatisés (Fig.2(l)).

Quant aux activités médicales complémentaires (Fig.2(m)) :

- 49,7% n'en pratiquent pas
- 28,7% consultent à l'ONE
- 7,2% sont superviseurs en MRS
- 6,0% sont responsables du PSE ou font de la médecine scolaire
- 4,8% consultent au planning familial
- 4,2% travaillent en centre de vaccination COVID-19
- 1,8% font de la médecine sportive
- 1,2% sont engagés dans le conseil d'administration de leur cercle
- 12,6% ont une activité non reprise ci-dessus (ordre des médecin, SSMG, supervision de SLR, SISD, physionutrition, médecin tutelle dans l'enseignement spécialisé, travail dans les centres de testing COVID-19, OST, enseignement, médecine carcérale, coordination de réinsertion, prélèvements laboratoires, responsable de dodeca, médecin coordinateur de centre SRJ / SRA, expertises médicales, SOS enfants, dépistage SASER)

3.2.2 Par rapport au bien-être

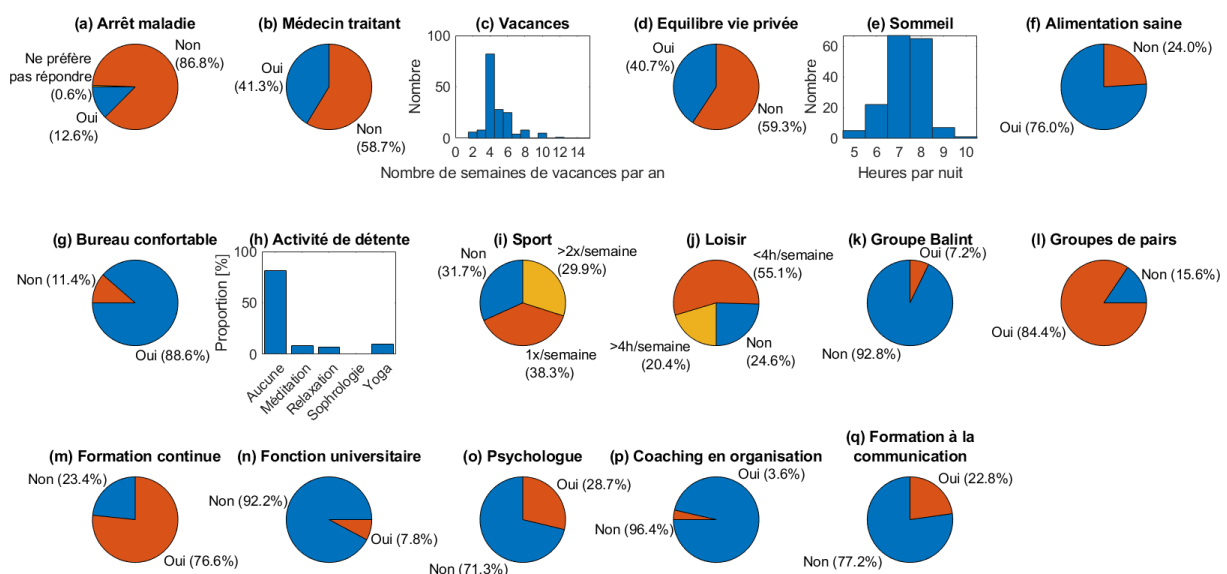


Figure 3. Réponses reçues aux questions sur le bien-être et la santé

Les réponses reçues aux questions portant sur le bien-être et la santé des participants sont présentées dans la Figure 3. Quelques points sont à relever également.

La majorité des participants (86,8%) n'ont jamais été en arrêt maladie pour burnout ou épuisement (Fig.3(a)). La majorité des généralistes n'ont pas de médecin généraliste eux-mêmes (Fig.3(b)) et 59,3% des répondants estiment ne pas avoir un bon équilibre entre vie privée et vie professionnelle (Fig.3(d)). Le nombre médian de semaines de vacances est de 4 semaines par an (Fig.3(c)).

La médiane de sommeil est de 7 heures par nuit (Fig.3(e)). Environ un quart des répondants estiment ne pas avoir une alimentation saine (Fig.3(f)) et une douzaine de pourcents trouvent leur bureau inconfortable (Fig.3(g)).

Peu de personnes pratiquent une activité de détente (8,4% méditation, 9,6% yoga, 0,6% sophrologie, 6,6% relaxation) (Fig.3(h)).

La majorité des participants pratiquent un sport (Fig.3(i)) et réservent du temps pour leurs loisirs (Fig.3 (j)).

Seuls 7,2% des répondants participent à un groupe Balint (Fig.3(k)). Cependant, la majorité participent à un groupe de discussion avec des pairs (84,4%) (Fig.3(l)).

76,6% des médecins suivent une formation continue (Fig.3(m)). Seuls 7,8% des participants exercent une fonction universitaire (Fig.3(n)).

28,7% des participants ont déjà consulté un psychologue (Fig.3(o)) tandis que seuls 3,6% ont déjà fait appel à un coach en organisation (Fig.3(p)). Environ 1/5^{ème} des répondants ont suivi une formation à la communication (Fig.3(q)).

3.3 Répartition globale des scores d'épuisement

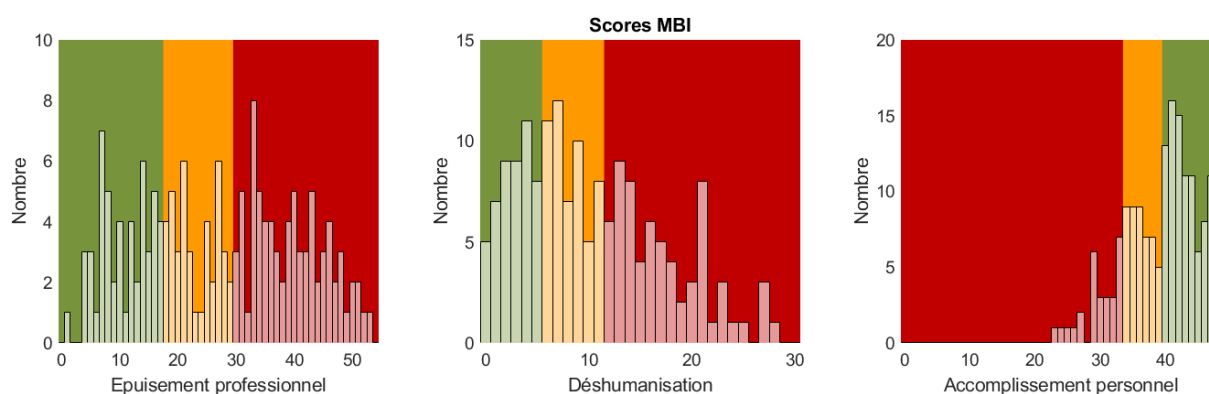


Figure 4. Répartition des scores MBI

Les médianes des scores sont respectivement :

- SEP : 26,75 points (burnout modéré),
- SD : 10,17 points (burnout modéré),
- SAP : 39,01 points (burnout modéré).

La répartition des scores sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau 2. Répartition des scores MBI selon le degré de burnout

Degré de burnout	SEP	SD	SAP
Faible	51 (30,54%)	49 (29,34%)	28 (16,77%)
Modéré	40 (23,95%)	53 (31,74%)	46 (27,54%)
Élevé	76 (45,51%)	65 (38,92%)	93 (55,69%)

3.4 Modifications du score par rapport aux critères démographiques

Les sections 3.4 à 3.6 visent à comparer les scores MBI des participants en fonction de leurs réponses pour les différentes questions afin d'évaluer si une intervention influence ce score.

Légende graphique :

La plupart des graphiques des sections suivantes seront présentés comme ceux-ci. Par souci de clarté, les légendes n'ont pas été inscrits sur chaque graphique.

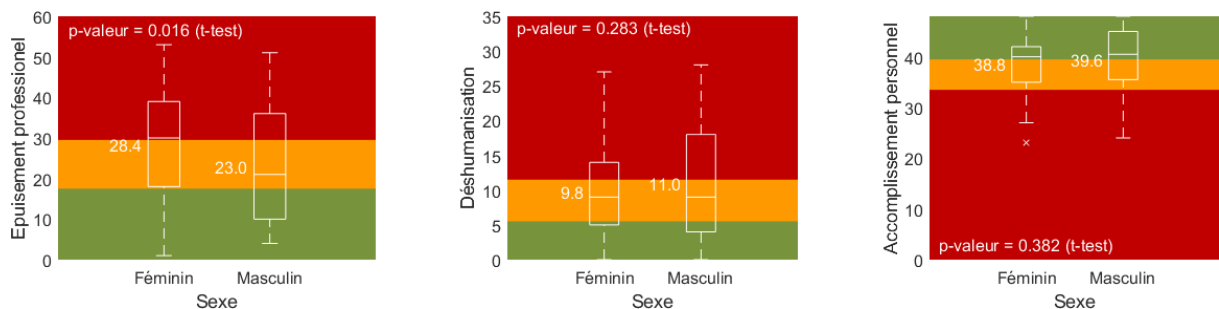
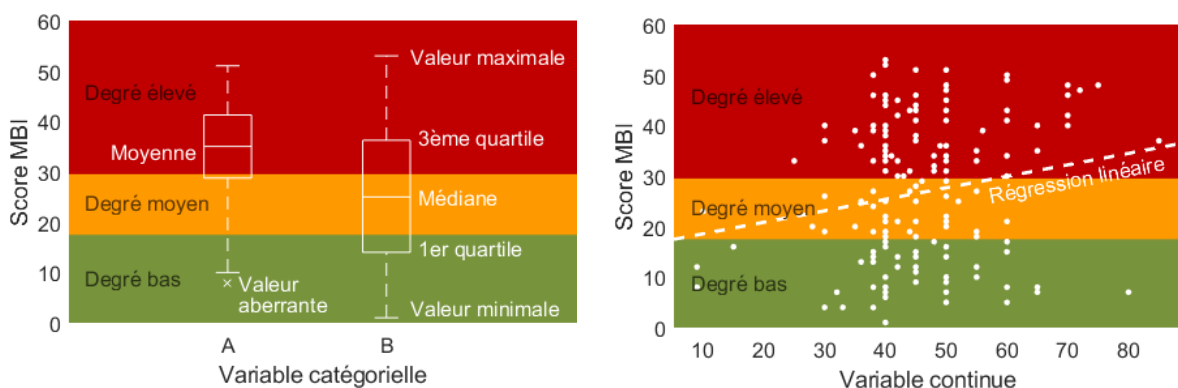


Figure 5. Scores MBI en fonction du sexe.

Les participantes à l'étude sont significativement plus épuisées que leurs confrères masculins.

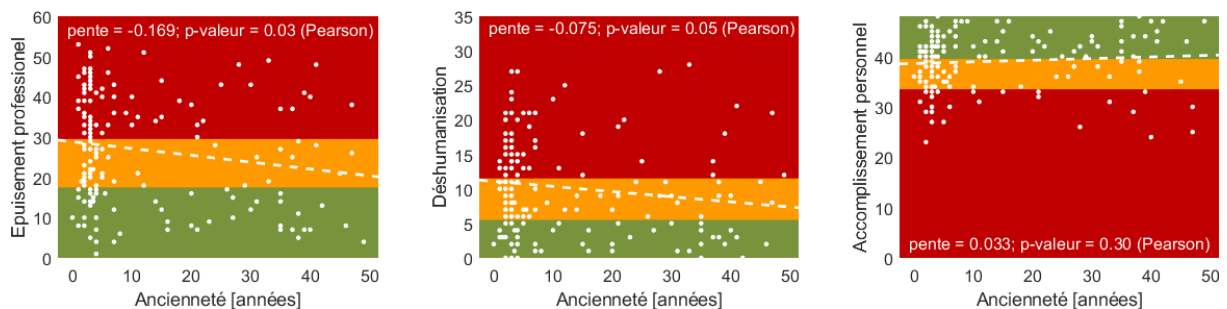


Figure 6. Scores MBI en fonction de l'ancienneté.

L'épuisement diminue significativement avec l'ancienneté. Il est estimé que le score d'épuisement professionnel (SEP) diminue de 0,16 point par année. Les scores de

déshumanisation (SD) et d'accomplissement personnel (SAP) semblent suivre une tendance à l'amélioration avec les années mais ne sont pas statistiquement significatifs.

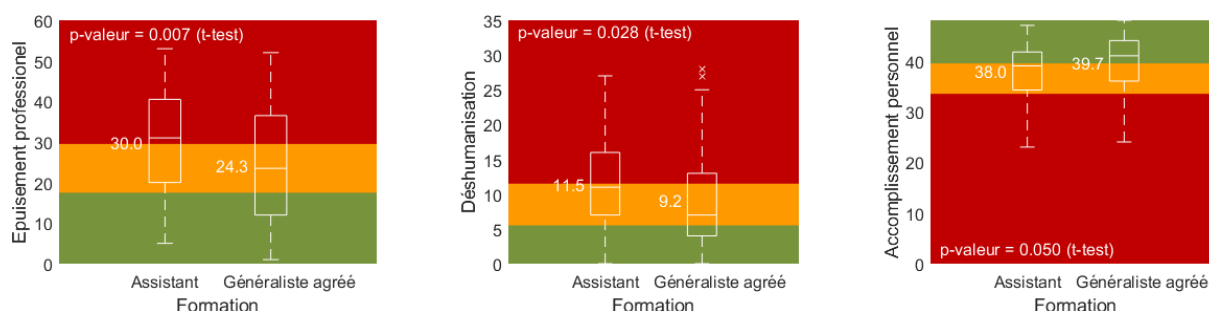


Figure 7. Scores MBI en fonction du niveau de formation.

Les assistants (définis comme étant les participants avec 3 ans ou moins d'expérience) sont significativement plus épuisés, plus déshumanisés et moins accomplis que leurs confrères plus expérimentés. Leur score se dégrade en moyenne de 5,7 points au SEP, 2,3 points au SD et 1,7 points au SAP.

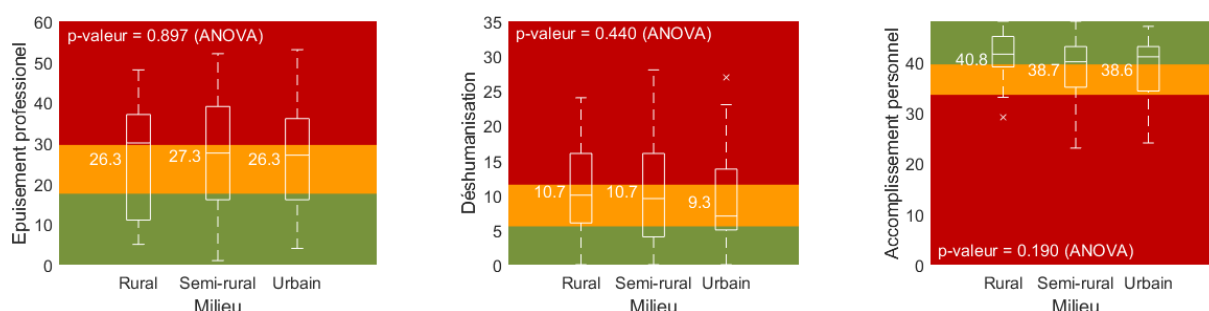


Figure 8. Scores MBI en fonction du milieu de pratique.

Il n'y a pas de relation statistique significative entre le milieu de pratique et les scores de burnout des participants.

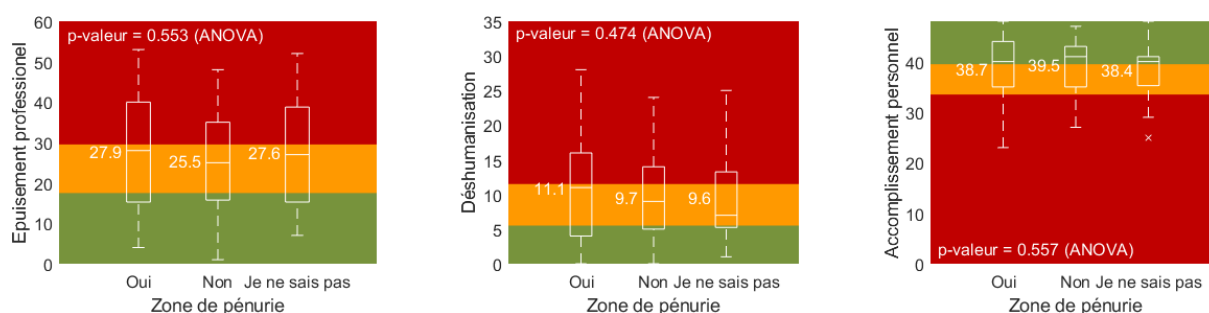


Figure 9. Scores MBI en fonction des zones de pénurie.

Malgré une diminution des scores de burnout des médecins travaillant dans une zone n'étant pas en pénurie, il n'y a pas de relation significative entre pratiquer en zone de pénurie et les scores de burnout des participants.

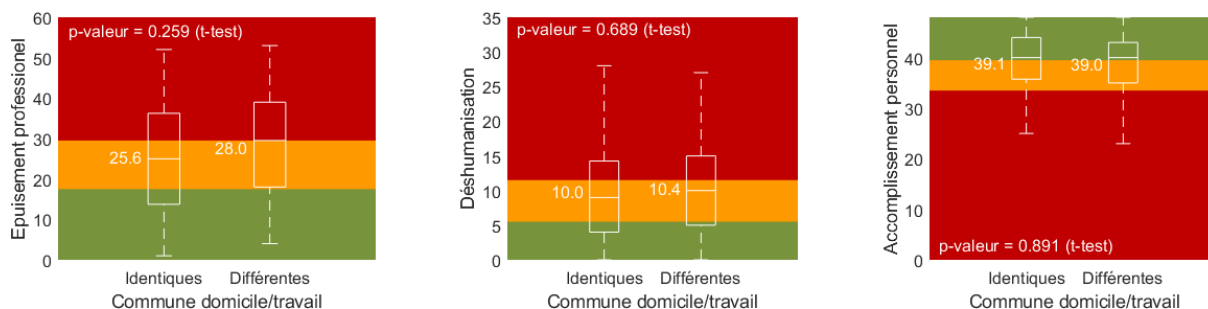


Figure 10. Scores MBI en fonction des communes.

Il n'y a pas de relation statistique significative entre le fait de travailler dans la même commune que celle du domicile ou de travailler et vivre dans des communes différentes.

3.5 Modification du score selon la pratique

Afin d'identifier les mesures ayant le plus d'effet sur les scores de burnout, celles-ci sont comparées dans la Figure 11. Une force relative sur les scores MBI en termes de gain de points a été calculée pour chaque mesure (sur la gauche). Ce gain correspond à la différence des moyennes des 2 populations pour les variables catégorielles et aux pentes des régressions linéaires pour les variables continues. Le graphique associé (sur la droite) montre la p-valeur relative au gain obtenu pour chaque mesure selon une analyse T de Student pour les variables catégorielles et une corrélation de Pearson pour les variables continues. Le code couleur des points correspond à la p-valeur. Seules les p-valeurs inférieures à 0,05 sont significatives. Celles-ci sont en vert sur les graphiques. Plus la couleur tend vers le rouge, plus la p-valeur est mauvaise.

Les mesures ayant un effet statistiquement significatif sur au moins un des 3 scores sont :

- Prendre 2 pauses ou plus (SEP, - 6,4 points)
- Avoir moins de contacts-patients (SEP, - 4,5 points ; SD, - 1,8 points)
- Travailler moins d'heures / semaine (SEP, - 4,3 points)
- Faire appel à un comptable (SAP, + 2,6 points)
- Faire des consultations 20 minutes ou plus (SAP, + 2 points)
- Avoir plus de DMG (SAP, + 1,3 points)

Les résultats pour ces mesures sont explicités individuellement ci-dessous.

Les autres mesures n'ont pas d'effet significatif sur les scores de burnout. Malgré cela, les résultats sont présentés en Annexe H.

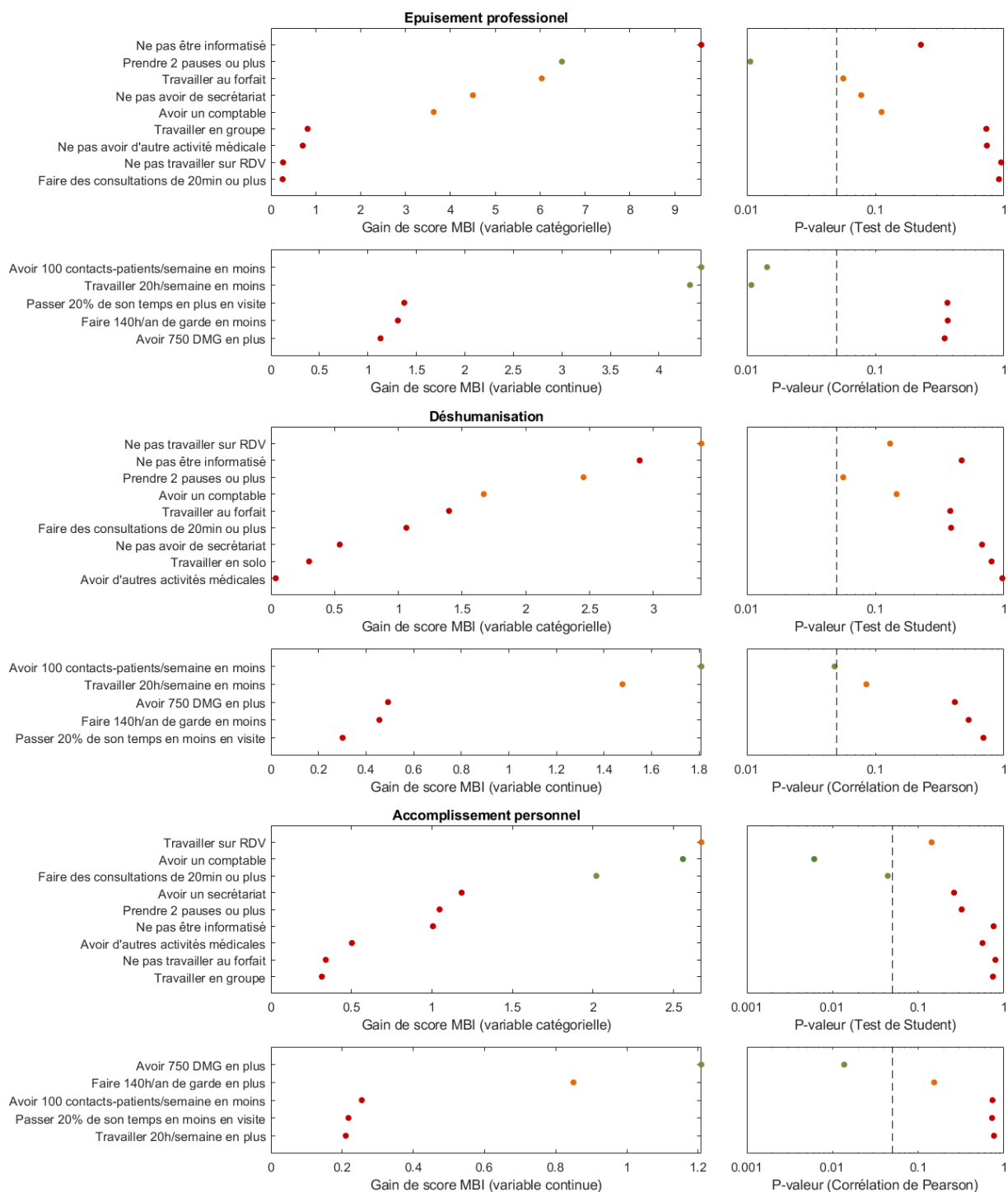


Figure 11. Gain de score MBI en fonction des mesures ayant attrait à la pratique et leur p-valeur associée.

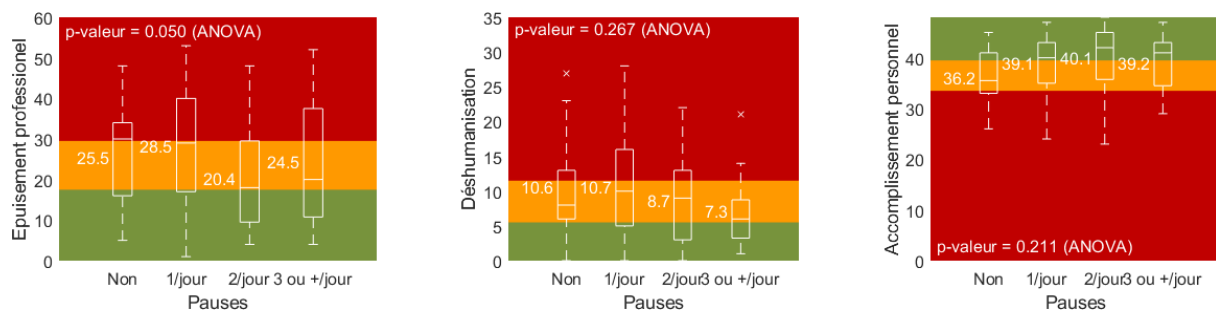


Figure 12. Scores MBI en fonction du nombre de pauses par jour.

Le score d'épuisement des participant prenant 2 pauses par jour est significativement plus bas que celui de leurs collègues ne faisant pas de pause ou une seule pause par jour.

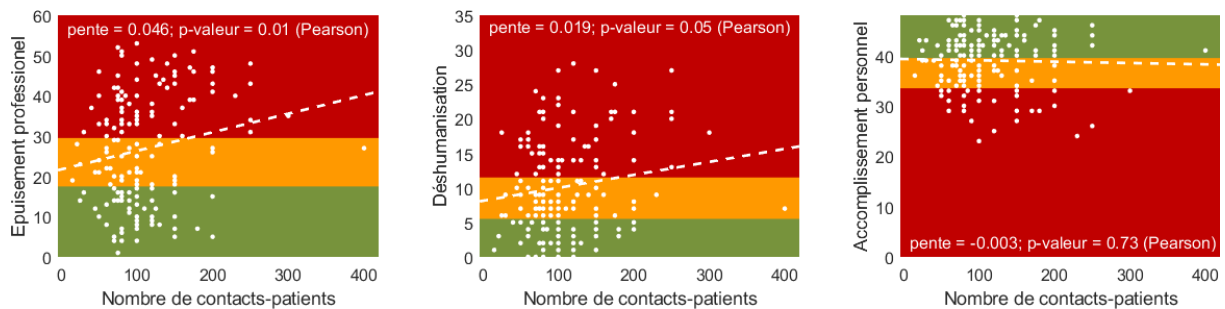


Figure 13. Scores MBI en fonction du nombre de contacts-patients par semaine.

Une relation significative a été trouvée entre un nombre plus bas de contacts-patients et une amélioration du SEP et du SD. Le SAP tend dans le même sens mais n'est pas significatif.

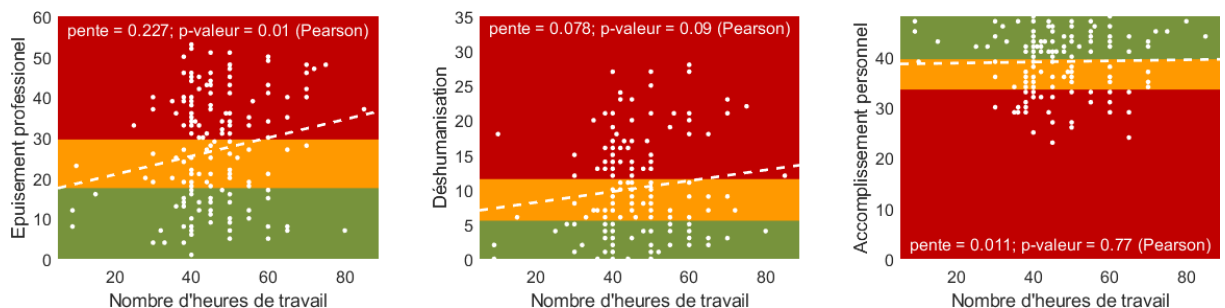


Figure 14. Scores MBI en fonction du nombre d'heures de travail par semaine.

Une relation significative similaire à la précédente existe entre le nombre d'heures de travail et le SEP et le SD. Le SAP ne semble pas influencé par le nombre d'heures travaillées par semaine.

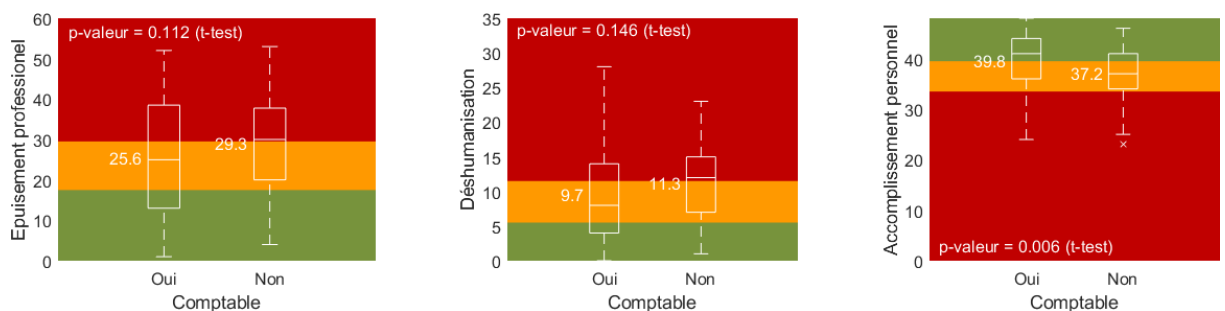


Figure 15. Scores MBI en fonction du recours à un comptable.

Le score d'accomplissement personnel des médecins faisant appel à un comptable est significativement plus élevé que celui de leurs collègues faisant leur comptabilité eux-mêmes.

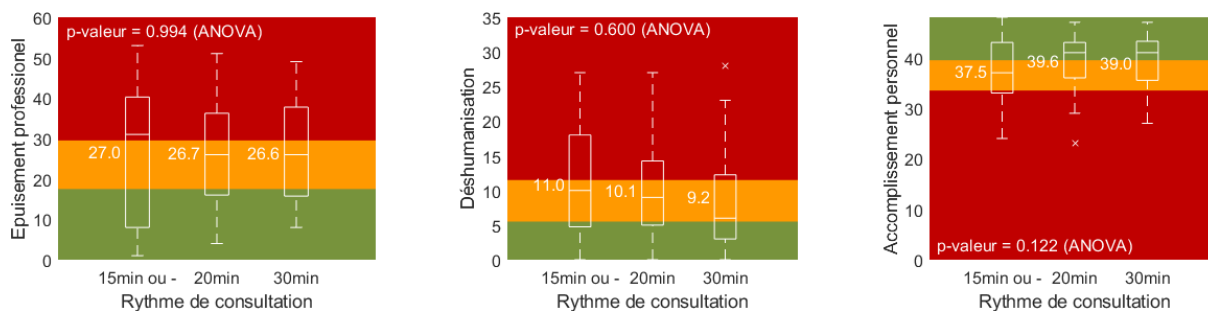


Figure 16. Scores MBI en fonction du rythme de consultation.

Bien qu'aucune catégorie ne semble significative prise séparément, l'analyse des données regroupant les données en deux catégories (consultations de 15 minutes ou moins et consultations de 20 minutes ou plus) permet de mettre en évidence une amélioration significative du SAP pour les participants faisant des consultations de plus de 20 minutes.

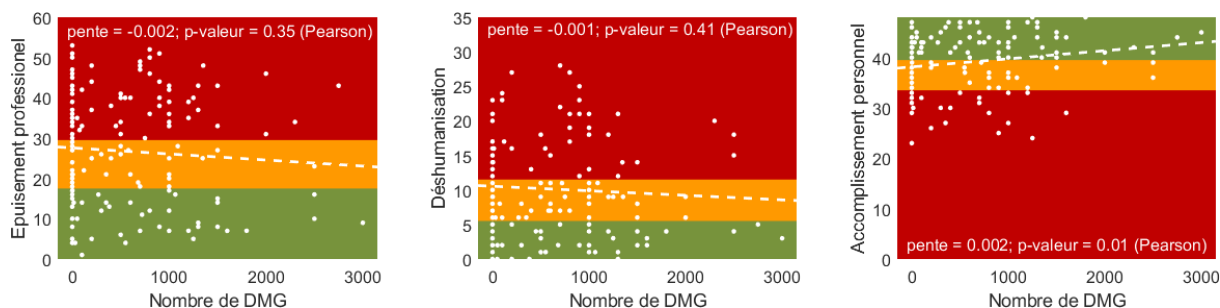


Figure 17. Score MBI en fonction du nombre de DMG.

Les différents scores ont une tendance à la diminution en parallèle avec l'augmentation du nombre de DMG. Pourtant, seul le SAP est significatif.

3.6 Modification du score selon des critères de bien-être

Similairement à la section 3.5, les mesures sont comparées dans la Figure 18 afin d'identifier les mesures ayant le plus d'effet sur les scores de burnout.

Les mesures ayant un effet statistiquement significatif sur au moins un des 3 scores sont :

- Avoir un bon équilibre vie privée (SEP, - 15,6 points ; SD, - 5,9 points)
- Manger sainement (SEP, - 9,3 points ; SD, - 4,1 points)
- Pas avoir été en arrêt maladie (SEP, - 8,5 points)
- Réserver du temps pour ses loisirs (SEP, - 7,7 points)
- Ne pas voir de psychologue (SEP, - 7,2 points)
- Faire du sport (SEP, - 4,8 points ; SAP, + 1,9 points)
- Avoir suivi une formation communication (SD, - 2,6 points)
- Prendre plus de semaines de vacances (SD, - 2,5 points ; SAP, + 2,3 points)
- Participer à des groupes de discussion (SAP, + 3 points)
- Ne pas faire de yoga (SEP, - 7,8 points)

Les résultats pour ces mesures sont explicités individuellement ci-dessous.

Les autres mesures n'ont pas d'effet significatif sur les scores de burnout. Malgré cela, les résultats sont présentés en Annexe H.

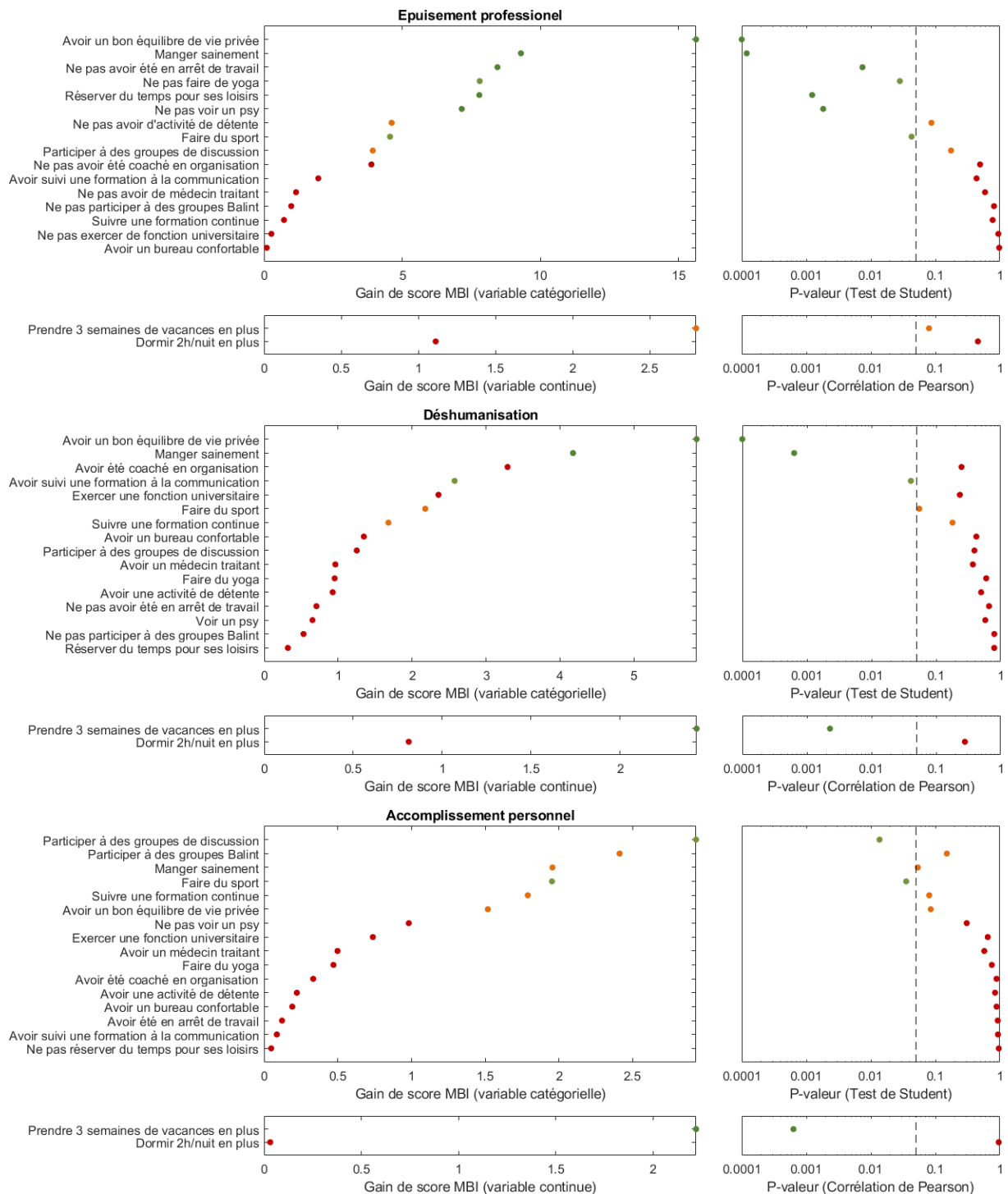


Figure 18. Gain de score MBI en fonction des mesures ayant attrait au bien-être et leur p-valeur associée.

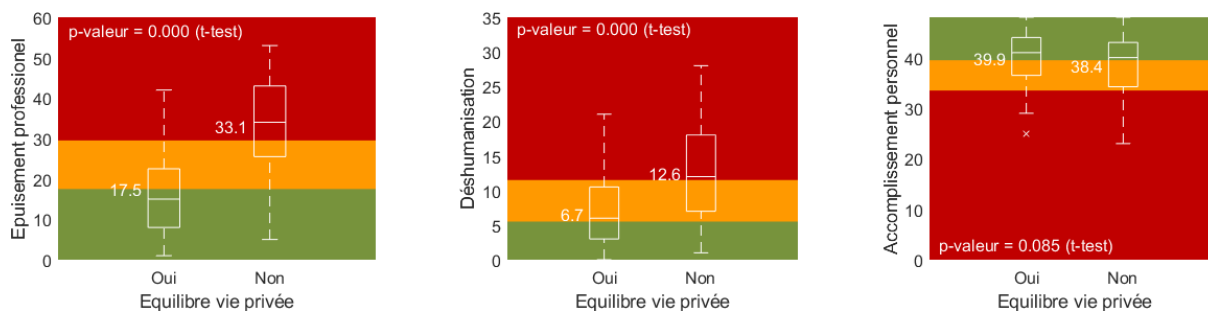


Figure 19. Scores MBI en fonction de l'impression d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Bien que cela ne soit pas une mesure pratique, l'impression d'avoir un bon équilibre entre vie privée et vie professionnelle est très hautement significatif en termes de SEP et de SD.

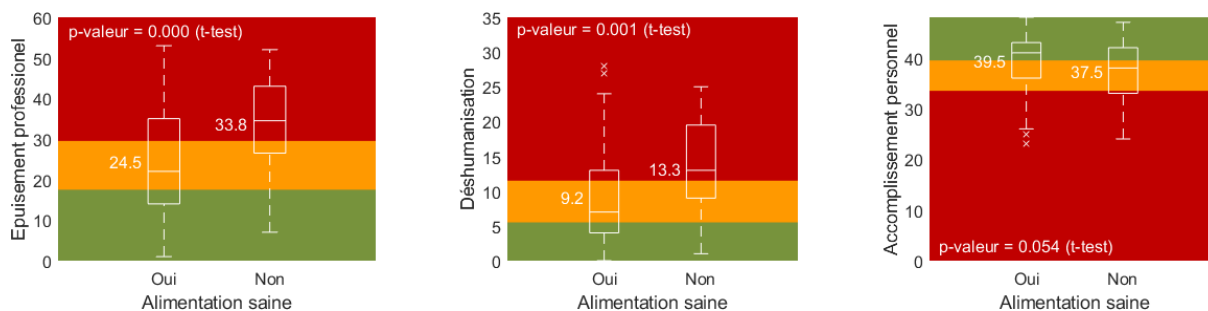


Figure 20. Scores MBI en fonction de l'alimentation.

S'alimenter sainement est une mesure associée avec un SEP et un SD statistiquement diminués. Le SAP tend également dans le sens de l'amélioration, mais n'est pas significatif.

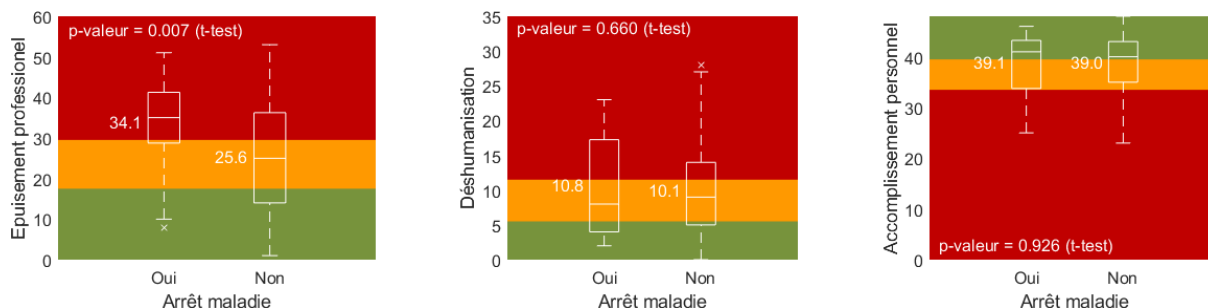


Figure 21. Scores MBI en fonction d'un antécédent d'arrêt maladie pour burnout ou épuisement professionnel.

Les médecins ayant déjà été en arrêt maladie pour burnout ou épuisement professionnel restent en moyenne significativement plus épuisés que leurs confrères n'ayant jamais été en arrêt maladie pour de telles raisons.

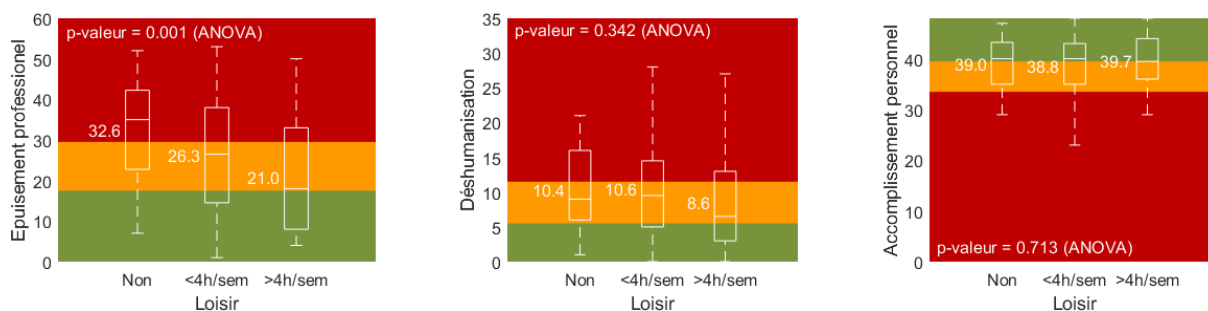


Figure 22. Scores MBI en fonction du temps réservé pour les loisirs personnels.

Les participants réservant du temps pour leur loisirs ont un SEP significativement plus bas que leurs confrères ne prenant pas de temps pour leurs loisirs. La baisse est encore plus importante si le temps consacré aux loisirs est supérieur à 4 heures par semaine.

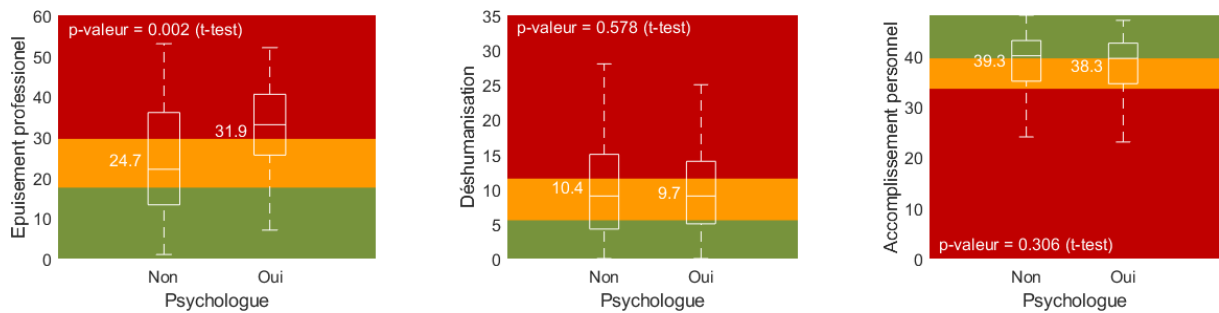


Figure 23. Scores MBI en fonction du recours à un psychologue.

Les participants consultant un psychologue ont un SEP significativement plus élevé que ceux n'en consultant pas.

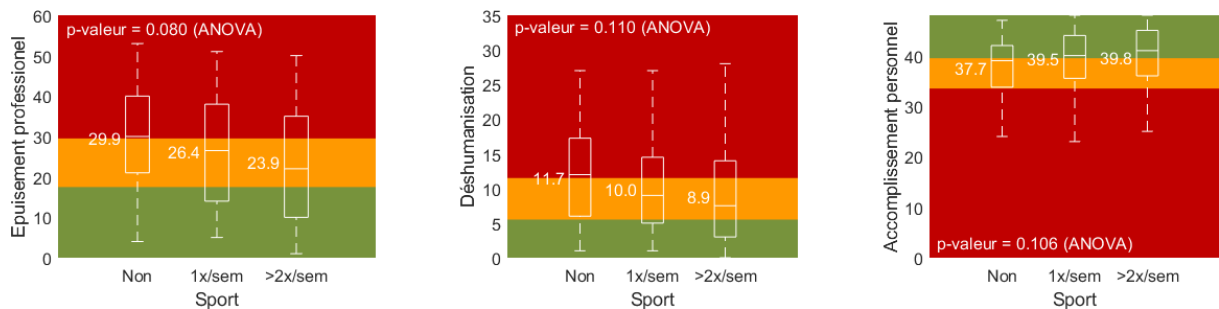


Figure 24. Scores MBI en fonction du temps réservé pour la pratique d'un sport.

Une tendance à l'amélioration des différents scores en parallèle avec la pratique d'un sport semble se dessiner. Cependant, prises séparément, la différence entre les 3 groupes n'est pas significative. En regroupant les différentes réponses en 2 catégories (faire du sport ou ne pas en faire), cette différence devient significative pour le SEP et le SAP.

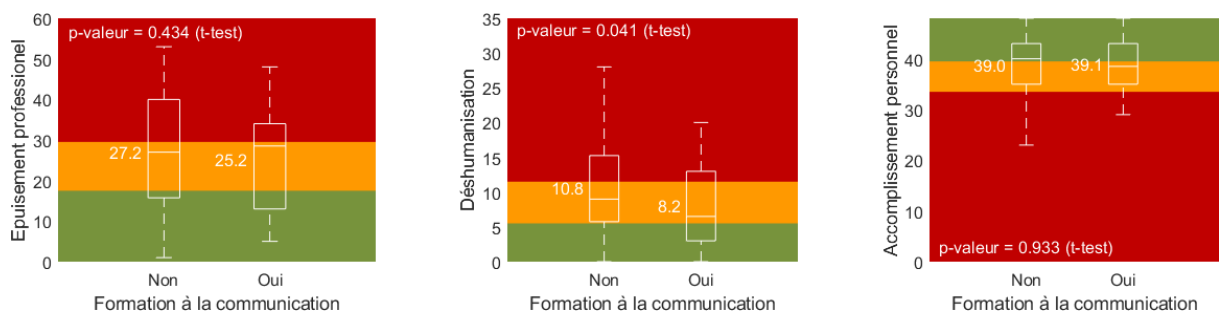


Figure 25. Scores MBI en fonction d'une formation à la communication.

Les participants ayant suivi une formation à la communication ont un SD significativement plus bas que ceux n'ayant pas suivi ce genre de formation.

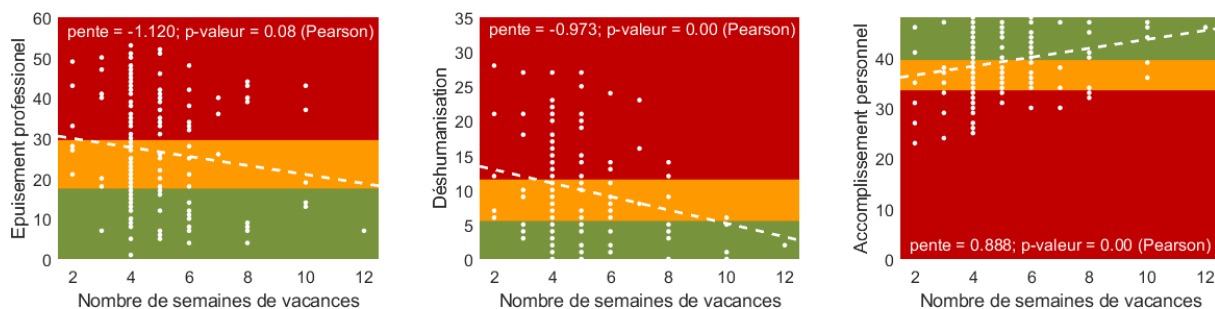


Figure 26. Scores MBI en fonction du nombre de semaines de vacances par an.

Les SD et SAP sont significativement positivement influencés par le nombre de semaines de vacances prises par an. La relation de diminution de burnout semble aller dans le même sens pour le SEP, mais n'est pas significative. Ajouter une semaine de vacances par an ferait diminuer les scores de 1,12 point pour le SEP, 0,97 point pour le SD et 0,89 point pour le SAP.

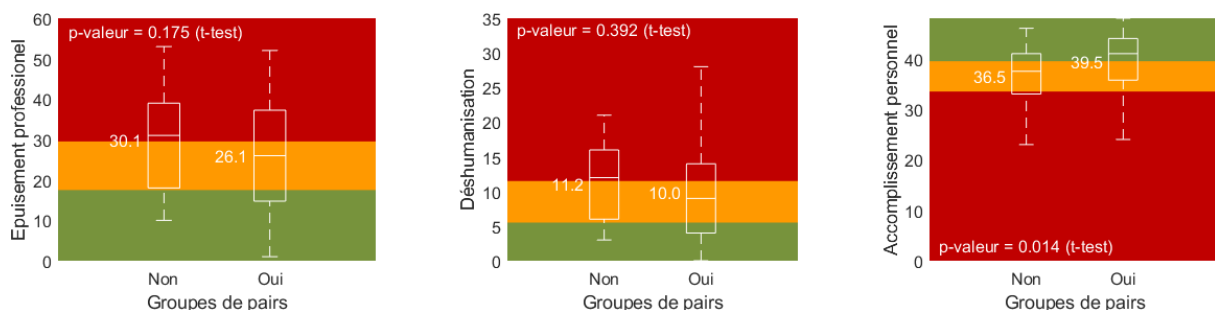


Figure 27. Scores MBI en fonction de la participation à un groupe de discussion avec les pairs.

Les répondants participant à des groupes de discussion avec leurs pairs ont un SAP significativement plus élevé que ceux n'y participant pas.

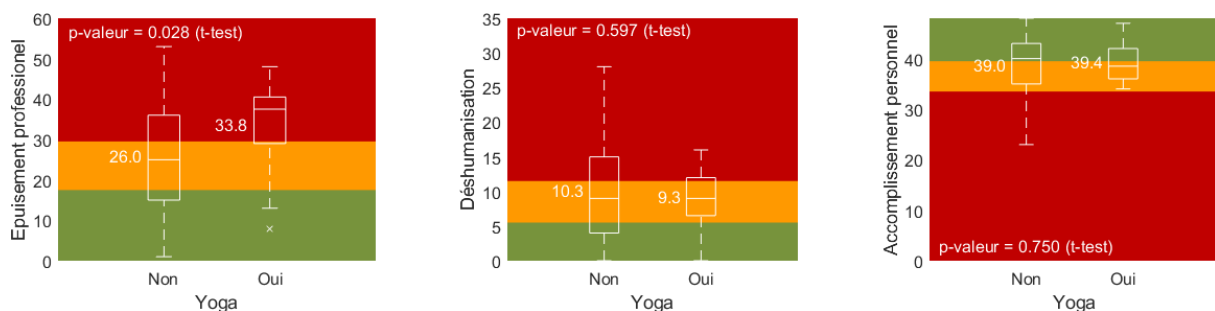


Figure 28. Scores MBI en fonction de la pratique régulière du yoga.

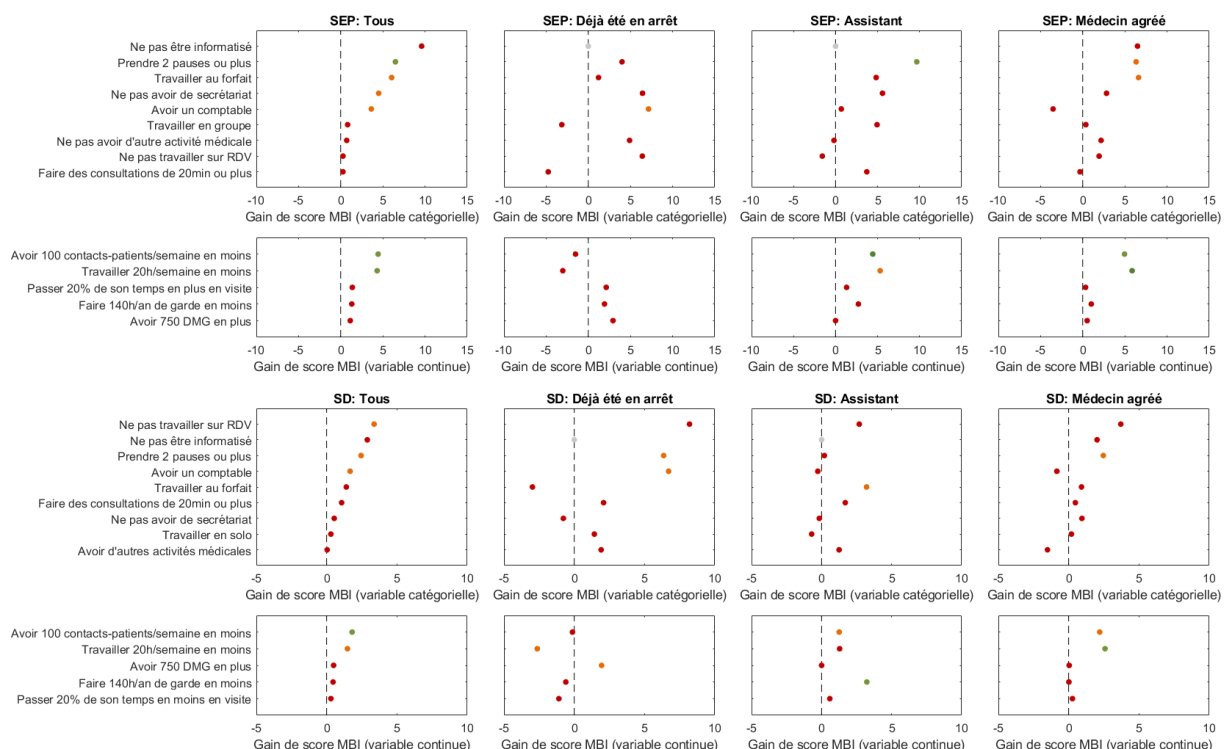
Les participants pratiquant régulièrement le yoga ont un SEP significativement plus élevé que leurs collègues.

3.7 Sélection de différentes populations

Afin de vérifier si les corrélations trouvées se retrouvent de manière uniforme ou sont tirées par certains sous-groupes, nous avons souhaité pousser l'analyse statistique en isolant différentes populations, choisies de manière arbitraire :

- Les médecins ayant été en arrêt, isolés en sélectionnant les répondants ayant répondu « oui » à la question « Avez-vous déjà été en arrêt maladie pour épuisement ou burnout ? », peu importe leur ancienneté.
- Les assistants en médecine générale, isolés via les répondants ayant moins de 3 ans de pratique et ayant répondu « non » à la question de l'arrêt maladie.
- Les médecins généralistes n'ayant jamais été en arrêt, isolés par leur réponse « non » à la question de l'arrêt maladie et ayant plus de 3 ans de pratique.

Afin de vérifier l'influence des différentes mesures trouvées précédemment sur les différentes sous-populations, les Figures 29 et 30 ont été formées similairement aux graphiques des sections précédentes. Une force relative sur les scores MBI en termes de gain de points a été calculée pour chaque mesure pour la population entière (« Tous »), ainsi que dans chacune des sous-populations (« Déjà été en arrêt », « Assistant », « Médecin Agréé »). Le code couleur des points est identiques aux sections précédentes et correspond à la p-valeur. Seuls les points en **vert** sont significatifs (p-valeur < 0,05). Par souci de clarté, la partie des graphiques reprenant les p-valeurs ne sont pas reprises dans cette section.



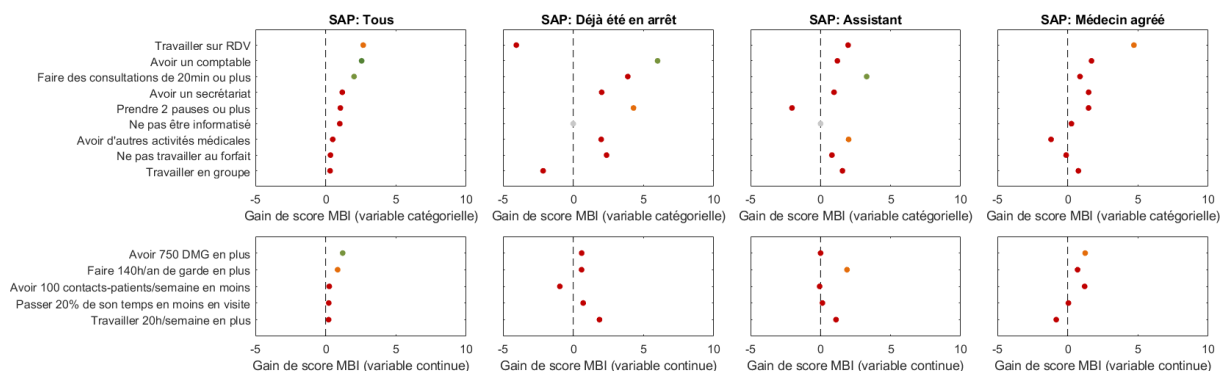


Figure 29. Variation du gain de score MBI pour les mesures « pratique » dans les différentes sous-populations

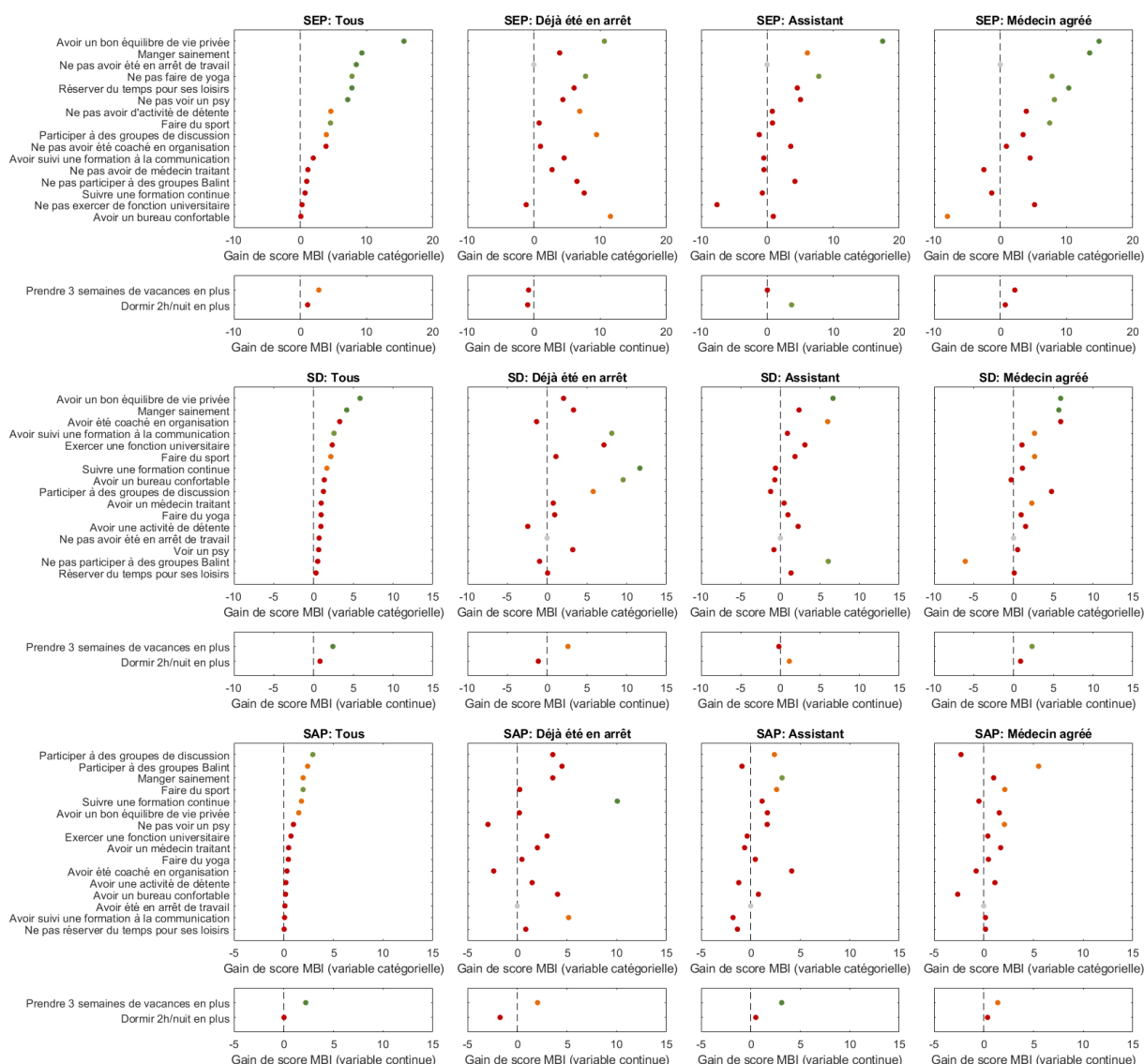


Figure 30. Variation du gain de score MBI pour les mesures « bien-être » dans les différentes sous-populations

3.7.1 Les assistants en médecine générale

Parmi les 28 mesures communes étudiées, le nombre de mesures pour lesquelles le gain va dans la même direction que dans la population générale est de 21, 20 et 21 pour le SEP, le

SD et le SAP respectivement. Les mesures semblant améliorer significativement les scores des assistants sont :

- Faire 2 pauses ou plus (SEP, - 9 points)
- Avoir 100 contacts-patients en moins par semaine (SEP, - 4 points)
- Faire 140h de garde en moins par an (SD, - 3 points)
- Avoir des consultations de 20 minutes ou plus (SAP, + 3 points)
- Avoir un bon équilibre avec la vie privée (SEP, - 17 points ; SD, - 6 points)
- Ne pas faire de yoga (SEP, - 8 points)
- Dormir 2h par nuit en plus (SEP, -3 points)
- Ne pas participer à des groupes Balint (SD, - 6 points)
- Prendre 3 semaines de vacances en plus (SAP, + 3 points)
- Manger sainement (SAP, + 3 points)

3.7.2 Les médecins ayant déjà été en arrêt maladie pour épuisement ou burnout

Parmi les 28 mesures communes étudiées, le nombre de mesures pour lesquelles le gain va dans la même direction que dans la population générale est de 22, 20 et 24 pour le SEP, le SD et le SAP respectivement. Les mesures semblant améliorer significativement les scores des médecins ayant déjà été en arrêt sont :

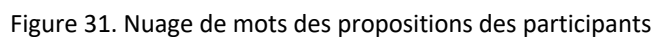
- Avoir un comptable (SAP, + 6 points)
- Avoir un bon équilibre avec la vie privée (SEP, - 11 points)
- Ne pas faire de yoga (SEP, - 8 points)
- Avoir suivi une formation à la communication (SD, -8 points ; SAP, + 10 points)
- Suivre une formation continue (SD, - 12 points)
- Avoir un bureau confortable (SD, - 9 points)

3.7.3 Les médecins agréés n'ayant jamais été en arrêt maladie pour épuisement ou burnout

Parmi les 29 mesures communes étudiées, le nombre de mesures pour lesquelles le gain va dans la même direction que dans la population générale est de 25, 24 et 23 pour le SEP, le SD et le SAP respectivement. Les mesures semblant améliorer significativement les scores des médecins n'ayant jamais été en arrêt sont :

- Avoir 100 contacts-patients en moins par semaine (SEP, - 5 points)
- Travailler 20 heures par semaine en moins (SEP, -6 points ; SD, - 2,5 points)
- Avoir un bon équilibre avec la vie privée (SEP, - 15 points ; SD, - 6 points)
- Manger sainement (SEP, -13 points ; SD, - 5 points)
- Ne pas faire du yoga (SEP, - 8 points)
- Réserver du temps pour ses loisirs (SEP, - 10 points)
- Ne pas voir de psychologue (SEP, - 8 points)
- Faire du sport (SEP, - 7 points)
- Prendre 3 semaines de vacances de plus par an (SD, - 3 points)

Un cadre libre était proposé aux participants de l'étude afin qu'ils fassent part des mesures qu'ils ont mises en place dans leur pratique afin de se prémunir du burnout. Les réponses ont été manuellement associées à certaines idées pour faire ressortir les plus fréquentes. Ces idées sont présentées dans le nuage de mots ci-dessous. La taille des mots est proportionnelle au nombre de fois que chaque idée a été répétée.



Par ailleurs, de nombreux collègues ont exprimé le mal-être grandissant en lien à la pandémie et à la surcharge de travail qu'elle implique. D'autres ont exprimé leur souhait d'avoir été informés plus tôt du risque d'épuisement professionnel et des signes et questions à se poser pour détecter le début de burnout.

31

4. Discussion

4.1 Applicabilité des résultats

Ce travail a permis de mettre en évidence quelles mesures peuvent être mises en place pour avoir un effet significatif sur son score de burnout. D'un point de vue de la pratique, il semble intéressant de diminuer sa charge de travail (tant en nombre de contacts-patients qu'en termes d'heures de travail), de prendre 2 pauses ou plus par jour, de prendre son temps en consultation en faisant des consultations de 20 minutes ou plus. Par ailleurs, avoir une patientèle de plus de 750 DMG est susceptible d'augmenter le sentiment d'accomplissement personnel.

D'un point de vue du bien-être personnel, il est recommandable de réserver du temps en dehors du travail pour ses loisirs et la pratique régulière d'un sport, de prendre suffisamment de vacances, de participer à des groupes de discussion, de suivre une formation à la communication ainsi que de manger sainement. Par ailleurs, il a été montré qu'avoir été en arrêt maladie pour burnout, pratiquer le yoga ou voir un psychologue était corrélé à des scores péjorés de burnout.

Il est également utile de se poser la question de notre satisfaction de notre équilibre entre vie privée et vie professionnelle, tant elle est fortement corrélée aux SEP et SD.

Enfin, il est intéressant de noter que les scores de burnout semblent s'améliorer avec l'ancienneté et l'expérience, avec une amélioration nette à la fin de l'assistantat.

Par ailleurs, un des apports majeurs de ce travail a été de comparer l'impact des différentes mesures en termes de gains de points dans le score MBI. Cela nous permet, à titre individuel de prioriser les mesures ayant le plus d'impact selon son score MBI, son appartenance à une sous-population, ses préférences personnelles et sa pratique. Par exemple, pour les assistants pour qui le nombre de contacts-patients et de semaines de vacances est défini par contrat, il peut être intéressant de prévoir plus de pauses en cours de journée pour réduire significativement son SEP.

Il est intéressant de remarquer que, malgré une différence d'impact des mesures entre les sous-populations, la comparaison en termes de gain de points obtenue semble rester valide (tant les mesures influencent majoritairement dans le même sens le gain ou la perte de points MBI). Cette observation démontre en partie la robustesse des résultats décrits précédemment.

4.2 Analyse critique des résultats

4.2.1 Corrélation ou causalité

La première limite mise en évidence lors de la lecture des résultats est que l'analyse portée dans ce travail met en évidence une corrélation entre le score de burnout et certaines mesures, et non une causalité.

Par exemple, la pratique du yoga est associée à un SEP péjoré. Il est fort à parier que ce n'est pas le yoga qui est la cause de l'épuisement. On pourrait envisager d'autres pistes d'interprétation : soit le yoga est une mesure prise par des confrères épuisés pour prendre soin de soi, soit les confrères pratiquant le yoga sont plus en contact avec les signaux de leur corps leur signalant leur épuisement. Il en est probablement de même pour la relation entre l'épuisement et le fait de consulter un psychologue.

4.2.2 Indépendance des variables

Un deuxième défaut de cette étude est que les mesures étudiées ne sont pas toutes indépendantes. Par exemple, les personnes ayant déjà été en arrêt pour burnout peuvent être plus susceptibles de voir un psychologue ou ceux travaillant moins d'heures au cabinet ont probablement plus de temps pour la pratique d'un sport. Cela peut influencer les scores de burnout et donc les résultats de l'étude.

4.2.3 Les résultats correspondent-ils à ce à quoi l'on pouvait s'attendre ?

Après lecture de la littérature, il était étonnant de lire les hauts taux de burnout des médecins généralistes. Ces taux ont pourtant été retrouvés dans notre étude, voire étaient pires que ceux auxquels nous pouvions nous attendre (cf. section 4.5.2).

De plus, après lecture de la littérature, on pouvait s'attendre à un impact positif ou négatif des différentes mesures. Comme attendu, les corrélations pour 9 des mesures étudiées ont été retrouvées dans cette étude. Néanmoins les analyses pour les 20 autres mesures étaient peu concluantes. Ce point est discuté par la suite au point 4.5.3.

4.3 Biais

4.3.1 Biais de temporalité

Le questionnaire a été lancé le 22 janvier 2022, lors d'une période classiquement chargée en médecine générale, et en même temps que la survenue de la 5^{ème} vague de covid-19 en

Belgique. La surcharge de travail de cette période pourrait avoir eu un effet de péjoration temporaire des scores de burnout des participants.

4.3.2 Biais de volontariat

Étant donné le caractère volontaire de la participation à l'étude, nous pourrions penser que les personnes choisissant d'y participer sont des personnes se sentant concernées par le sujet et donc, plus à risque de burnout.

4.3.3 Biais de sélection

La totalité des cercles de médecine générale n'ayant pas répondu au mail, il est pratiquement impossible d'évaluer le nombre de médecins ayant eu accès au mail et nous ne pouvons donc pas étudier le taux de réponse, ainsi la représentativité de cette étude. Cependant, les caractéristiques démographiques peuvent être comparées à la population de médecins généralistes recensée (cf. section 4.5.1).

4.3.4 Biais d'échantillonnage

Les mauvais scores des assistants ont tendance à faire fortement varier certaines courbes de mesures continues et certaines variables catégorielles (lorsqu'ils sont majoritairement repris dans une des catégories), or les assistants sont largement représentés dans cette étude. Ils représentent 42,5% des répondants.

4.3.5 Biais d'induction

Le questionnaire a été écrit de la manière la plus neutre possible afin d'éviter d'influencer la réponse des participants par la manière dont les questions étaient posées. Cependant, un biais d'induction ne peut être exclu.

4.3.6 Biais liés au questionnaire MBI et au concept de burnout

Le Maslach Burnout Inventory est critiqué dans la littérature car il utilise des termes à connotation négative, qui peuvent induire des réponses modifiées via un biais d'induction.

De plus, le fait qu'il donne un résultat comprenant 3 scores et 3 stades pour chacun de ces scores complexifient son interprétation et ne permet pas une délimitation nette entre présence et absence de burnout.

Finalement, le score MBI ne permet pas en soi de poser un diagnostic de burnout. Seuls des médecins sont habilités à poser le diagnostic. Cependant, c'est le plus proche d'un diagnostic que l'on puisse avoir lors d'une enquête en ligne.

4.3.7 Biais de confirmation

L'interprétation et la discussion des résultats est, par nature, sujette à un biais de confirmation, car notre esprit humain a tendance à rechercher instinctivement les données qui confirment notre façon de penser.

4.4 Qualité du travail de recherche

D'un point de vue qualitatif, le travail peut être analysé selon différents critères.

L'objectif de ce TFE était d'identifier les mesures préventives individuelles contre le burnout. Cela a été réalisé en mesurant une différence entre les scores MBI de sous-populations par rapport à l'implémentation de certaines mesures dans leur pratique et dans leur vie quotidienne. Cela a permis de mettre en évidence certaines mesures efficaces dans la diminution du score du burnout.

Le choix d'une étude quantitative était approprié afin de mettre en évidence une relation objective, chiffrée, entre le burnout et les diverses mesures préventives. L'anonymisation du questionnaire et le fait que l'enquête soit disponible en ligne ont facilité l'accès au questionnaire et à un nombre plus important de répondants. Cela étant dit, une étude qualitative aurait été également appropriée pour ce sujet tant le ressenti des répondants est important, bien que n'apportant pas une mesure aussi précise que recherché ici.

Le protocole d'expérimentation prévu a été respecté. La partie concernant l'analyse de sous-populations (section 3.7) et celle concernant le retour des participants (section 3.8) n'étaient pas prévues dans le protocole initial et ont été rajoutées par la suite. L'intérêt de cet ajout est de pouvoir analyser plus finement les résultats via l'analyse de sous-populations et d'évaluer si les mesures proposées ici étaient celles qui semblaient importantes pour les participants.

La taille d'échantillon visée lors de la conception de l'étude était de 100 à 200 participants. Avec 167 répondants, l'objectif était donc rempli. La taille d'échantillon était suffisante pour pouvoir mettre en évidence plusieurs corrélations statistiquement significatives. Cependant, certaines sous-populations étaient insuffisamment représentées que pour pouvoir mettre en évidence une corrélation valable. C'était le cas par exemple des médecins non-informatisés et des participants pratiquant régulièrement la sophrologie.

Quant à l'analyse statistique choisie, l'hypothèse que la distribution des données est normale a été posée sur simple observation des résultats et nous avons donc utilisé des tests paramétriques. Si cette hypothèse était réfutée, les tests non paramétriques (Mann-Whitney et Kurskal-Walis) devraient être utilisés pour obtenir des résultats plus robustes. Dans le cas où la distribution ne serait pas normale, les p-valeurs présentées dans ce travail pourraient être surestimées.

Sans qu'un biais puisse être exclu, les conclusions de cette étude ont été déduites des résultats donnés dans la section 3.

4.5 Comparaison des résultats avec ceux retrouvés lors de la recherche de littérature

4.5.1 Démographie

Dans le dernier rapport du SPF Santé publique recensant les médecins généralistes (10), il y avait en 2016 en Communauté Française, 614 médecins généralistes en formation (dont 227 hommes et 387 femmes) et 5335 médecins généralistes pratiquant (dont 3211 hommes et 2124 femmes). Si on compare notre échantillon au rapport du SPF, les assistants sont surreprésentés en comparaison aux médecins généralistes agréés. Parmi les assistants, la proportion d'hommes est sous-représentée par rapport aux femmes. Parmi les médecins généralistes, le rapport hommes-femmes se rapproche un peu plus de la réalité, avec cependant une inversion du rapport.

Tous les âges sont représentés dans notre étude, avec malgré tout une surreprésentation liée à la proportion d'assistants ayant répondu au questionnaire. Par ailleurs, tous les milieux de pratiques étaient représentés dans l'étude, ainsi que les zones de pénurie.

4.5.2 Prévalence du burnout

Selon l'étude belge de Hansez et al. datant de 2019 (8), 38,9% des médecins ont un niveau d'épuisement élevé, 27,6% ont un niveau élevé de dépersonnalisation et 6,7% ont un faible niveau d'accomplissement personnel. Dans notre étude, les taux étaient respectivement 45,5% pour le SED élevé, 38,9% pour le SD élevé et 16,8% pour le SAP faible. Les taux sont donc plus élevés dans notre étude, ce qui peut être expliqué par le nombre élevé d'assistants ayant répondu à l'enquête, le biais de volontariat (expliqué dans la section 4.3.2) mais aussi le passage du coronavirus et son impact sur la surcharge de travail.

4.5.3 Corrélations retrouvées

Les mesures suivantes ont montré un effet positif significatif sur les scores de burnout dans notre étude comme dans la littérature :

- Réduire sa charge de travail (en termes d'horaires et de nombre de contacts-patients) (11-19)
- Avoir un rythme de consultation de 20 minutes ou plus (14, 15, 20)
- Pratiquer un sport (11, 12, 14, 20)
- Réserver du temps pour ses loisirs (11, 12, 14, 20)
- Prendre suffisamment de vacances (11, 12, 14, 16)
- Participer à des groupes de discussion entre pairs (12, 14, 21)
- Avoir suivi une formation à la communication (12, 13, 15)
- Manger sainement (12, 20)
- Prendre des pauses (12, 14)

A l'inverse de ce qui avait été trouvé dans la littérature, 2 mesures étaient associées à un score de burnout péjoré dans notre étude : faire du yoga (12, 17) et consulter un psychologue pour la gestion du stress (4, 13-15, 17, 19, 20, 22).

Certaines mesures avaient été suggérées par la littérature sans avoir trouvé de preuves suffisantes, ce qui est retrouvé dans notre étude également :

- Participer à un groupe Balint (22)
- Réduire les gardes (21)
- Travailler en association (21)

Les autres mesures ont été suggérées par la littérature comme diminuant le risque de burnout mais la relation avec une amélioration du score de burnout n'a pas pu être prouvée ici.

A l'instar de certaines études, il semble évident qu'un consensus est difficile à trouver (23, 24) et que de nouvelles recherches devraient être menées. (13, 17, 19)

4.6 Comparaison des résultats avec les solutions données par les participants

Parmi les mesures proposées par les participants, certaines ont été étudiées dans le travail et sont ressorties comme étant statistiquement intéressantes pour réduire son risque de burnout telles que : prendre des vacances régulièrement, participer à des groupes de discussion avec les pairs, limiter ses horaires, pratiquer un sport, viser un bon équilibre entre vie privée et vie professionnelle, réserver du temps pour ses loisirs, prendre des pauses.

D'autres ont été proposées par les participants et étudiées mais la relation avec une réduction des scores de burnout n'a pas pu être prouvée : travailler sur rendez-vous, travailler en groupe, limiter les visites à domicile, faire appel à un secrétariat, voir un psychologue, suivre

une formation continue, utiliser des techniques de relaxation, limiter les gardes, dormir suffisamment.

Certaines mesures proposées ont étonnement démontré quant à elles une association avec un score de burnout péjoré : faire du yoga, consulter un psychologue. Ce point a déjà été discuté dans la section 4.2.1.

4.7 Apport de ce travail en lien avec l'objectif

Ce travail a permis d'évaluer le lien entre le score de burnout de médecins généralistes de la Fédération Wallonie-Bruxelles et différents facteurs étudiés dans la littérature sur d'autres populations. Cela nous permet d'avoir un regard nouveau sur les mesures efficaces dans le contexte de la médecine générale belge, et en mesurant leur force relative, d'évaluer les mesures les plus efficaces à mettre en place dans ce contexte. Évidemment, des recherches plus ciblées sur chaque mesure ou chaque sous-population, ainsi que des études de plus grande ampleur pourraient compléter ce travail et aller encore un pas plus loin dans la compréhension et la prévention du burnout.

4.8 Pistes de recherches futures

Il serait intéressant de tenter d'identifier les causes de burnout des assistants en médecine générale. A priori mieux lotis que leurs confrères assistants spécialistes, ils présentent malgré tout un score de burnout significativement péjoré par rapport à leurs confrères plus âgés. Stigmates de longues études éprouvantes ou épuisement lié à leur contrat comprenant charges cliniques et académiques ? Une piste pourrait être que leur temps de travail est de 48 heures par semaine hors gardes, ce qui est supérieur à la médiane de 45 heures par semaines. Or, cette étude a montré qu'une surcharge de travail en termes d'horaires était lié à un SEP et un SD péjorés. Une future étude pourrait se pencher sur la question.

Afin de supprimer l'interdépendance des différentes mesures et de tenter de mettre en évidence une relation de causalité, chaque mesure pourrait être étudiée individuellement dans une étude interventionnelle. Cela avait déjà été réalisé dans d'autres populations, mais des recherches complémentaires sont nécessaires dans le contexte de la médecine générale en Belgique, afin d'avoir les mesures les plus appropriées à cette population.

Une étude complémentaire relevant de la charge de travail et du rythme de consultation serait intéressante. En effet, il semble facile de dire que pour diminuer son score d'épuisement, il

suffit de travailler moins et de voir moins de patients mais, dans une médecine rémunérée à l'acte, quel est l'optimum pour ne pas s'épuiser mais continuer à gagner correctement sa vie ? Cela permettrait éventuellement d'évaluer un salaire-horaire, et d'évaluer si une valorisation du métier de généraliste ne serait pas nécessaire, comme suggéré dans le rapport du KCE. (4)

5. Conclusion

Le burnout des médecins généralistes est un problème plus fréquent qu'on ne le pense, avec des conséquences multiples affectant non seulement le médecin mais également son entourage et la santé de la population générale. Étant donné son haut taux de prévalence et la difficulté avec laquelle le burnout est traité, il est essentiel d'améliorer sa prévention et de mener des campagnes de sensibilisation auprès des généralistes.

Ce travail a permis de mettre en évidence des mesures pratiques, qu'il est possible de mettre en place de manière individuelle afin de réduire significativement son risque de burnout. Ces mesures sont :

- diminuer sa charge de travail tant en nombre de contacts-patients qu'en termes d'heures de travail,
- prendre 2 pauses ou plus par jour,
- faire des consultations de 20 minutes ou plus,
- avoir une patientèle de plus de 750 DMG,
- réserver du temps en dehors du travail pour ses loisirs et la pratique régulière d'un sport,
- prendre suffisamment de vacances,
- participer à des groupes de discussion,
- suivre une formation à la communication,
- manger sainement.

Bien évidemment, il est essentiel que chacun puisse mettre en place les mesures qui semblent lui convenir. L'analyse de sous-populations a permis de montrer que les mesures les plus impactantes dépendent de la situation dans laquelle le médecin se trouve. D'ailleurs, d'autres recherches sont encore nécessaires dans le domaine.

Enfin, il semble essentiel de rappeler que ces mesures ne représentent qu'une partie des leviers disponibles et qu'il est nécessaire que d'autres mesures soient prises (4), tant au niveau communautaire (soutien confraternel, organisation efficace des services de gardes et des remplacements, renforcement des liens entre confrères) qu'au niveau sociétal (revalorisation du métier, diminution de la charge administrative, amélioration des protections sociales des généralistes, augmentation du nombre d'ETP en médecine générale en FWB (25)) afin de limiter le burnout des médecins généralistes.

Bibliographie

1. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1975;12(1):73.
2. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burn-out. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113. 1981.
3. World Health Organisation. CIM-11 2019 [Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>] Consulté le 22/02/2022.
4. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. 2011.
5. Fédération des Maisons Médicales. Le burn-out: quand s'ouvrent les portes du vide. *Santé Conjugée*. 2005.
6. Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. Le burn-out du médecin généraliste: hypothèses étiologiques. *Revue Médicale de Bruxelles*. 2011;32(4):407-12.
7. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family practice*. 2008;25(4):245-65.
8. Hansez I, Rusu D, Firket P, Braeckman L. Evolution 2010-2018 du burnout en Belgique et intérêt de l'utilisation conjointe de deux outils de diagnostic Rapport de recherche. Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale; 2019.
9. Reis D, Xanthopoulou D, Tsaousis I. Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Factorial invariance across samples and countries. *Burnout research*. 2015;2(1):8-18.
10. Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. PlanCad Médecins généralistes 2004-2016. Septembre 2019.
11. Casin G. Syndrome d'épuisement des médecins généralistes français: revue de la littérature: Université Toulouse III-Paul Sabatier (Thèse); 2016.
12. Léonard J. Adaptation d'un outil d'évaluation du risque de burnout à la médecine générale : Quels sont les stressseurs qui provoquent le burnout et les ressources dont les médecins généralistes disposent pour le prévenir ? : ULiège (Travail de fin d'études); 2020.
13. Michels N, Vervaeck N. Comment prévenir et soulager les symptômes de burn out chez les médecins ? *Minerva*. 2017;16(8):193-6.
14. Nguyen A-M. Burn out du médecin généraliste: étude qualitative sur les mesures de prévention: Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen (Thèse); 2018.
15. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*. 2017;177(2):195-205.
16. Reinhart E, Reely K, Dowdy K, Seth N, McGrade P, Jones C, et al. A systematic review of burnout and its relation to work-life balance and scheduling among United States physicians. *The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles*. 2020;8(34):40-6.
17. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(11).
18. Sablik Z, Samborska-Sablik A, Drożdż J. Universality of physicians' burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients. *Archives of medical science: AMS*. 2013;9(3):398.

19. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2016;388(10057):2272-81.
20. Sibeoni J, Bellon-Champel L, Mousty A, Manolios E, Verneuil L, Revah-Levy A. Physicians' perspectives about burnout: a systematic review and metasynthesis. *Journal of general internal medicine*. 2019;34(8):1578-90.
21. Saurel V. Évaluation de la mise en place des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans: Université de Poitiers (Thèse); 2015.
22. Clough BA, March S, Chan RJ, Casey LM, Phillips R, Ireland MJ. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review. *Systematic reviews*. 2017;6(1):1-19.
23. De Sio S, Buomprisco G, Perri R, Bruno G, Mucci N, Nieto H, et al. Work-related stress risk and preventive measures of mental disorders in the medical environment: an umbrella review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2020;24(2):821-30.
24. Kalani SD, Azadfallah P, Oreyzi H, Adibi P. Interventions for physician burnout: a systematic review of systematic reviews. *International journal of preventive medicine*. 2018;9.
25. Collège de Médecine Générale de Belgique Francophone. Le CMG plaide pour au moins 50% de médecins généralistes 2022 [Available from: https://www.lecmg.be/wp-content/uploads/2022/02/COMPLAN-50_Note-combinee.pdf] Consulté le 23/02/2022.

Annexes

A. Flowchart de la recherche systématique de la littérature.

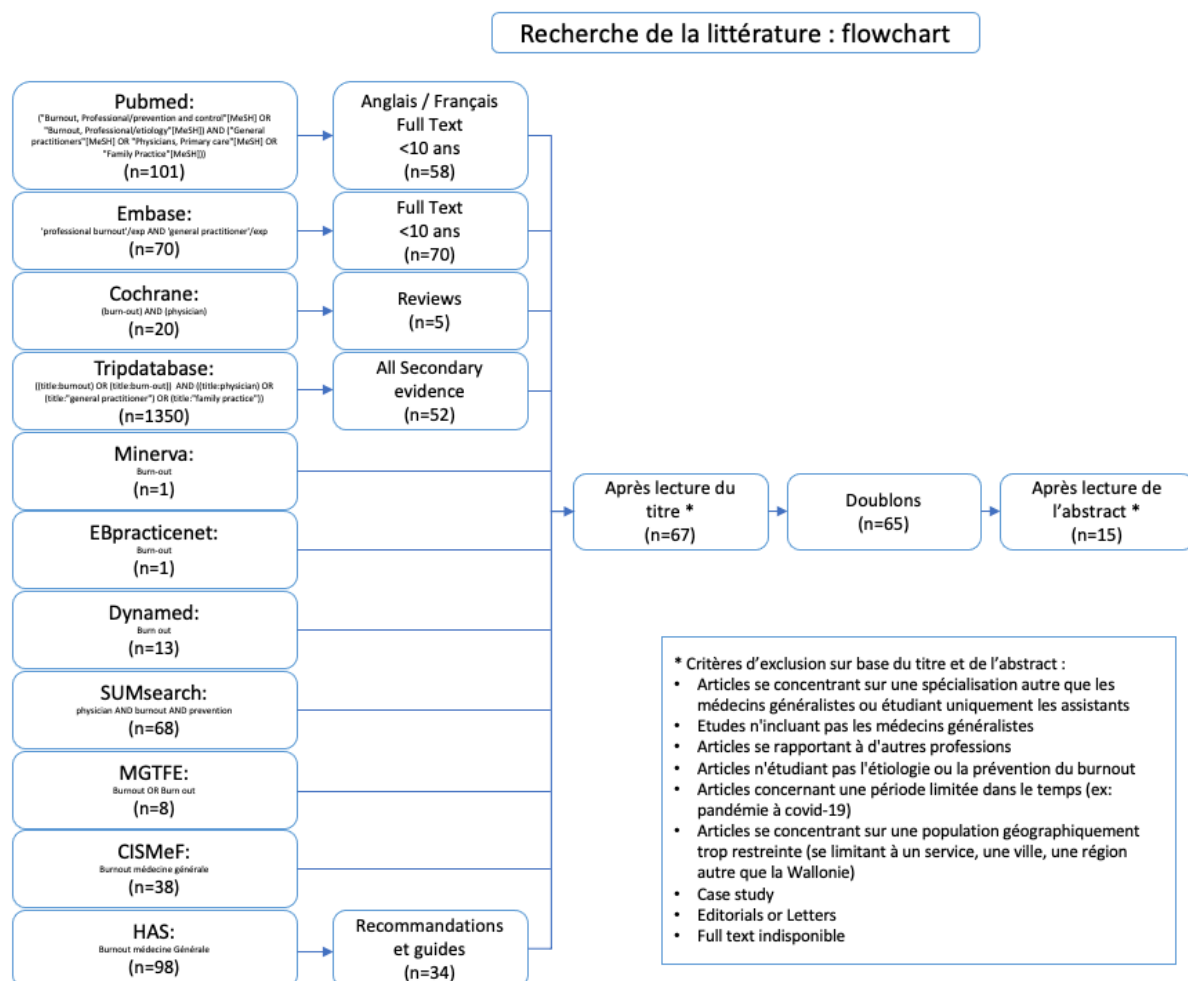


Figure 32. Flowchart de la recherche de littérature.

B. Tableaux résumés des articles sélectionnés

Études standardisées selon la méthode PICO

Tableau 3. Résumé des articles concernant une étude standardisée selon la méthode PICO

Auteur	Date	Titre	Population, critères d'inclusion	Population, critères d'exclusion	Intervention	Comparateur	Résultats principaux	Niveau de preuve	Force de la recommandation d'un guide pratique	Partie du TFE concernée
Casin G.	2016	Syndrome d'épuisement des médecins généralistes français : revue de la littérature	Médecins généralistes français (24 études)	Médecins généralistes n'exerçant pas exclusivement la MG libérale	Facteurs de risques de burnout	N/A	Mise en évidence des facteurs associés au burnout	Revue systématique de la littérature	N/A	Discussion des résultats
Clough B. A., et al.	2017	Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review	Médecins (« Medical doctors ») (23 études)		Stratégies cognitivo-comportementales, de relaxations et de discussion de soutien	N/A	Résultats probants pour la réduction de stress via la TCC ; moins de preuves pour les approches de relaxation ; pas de preuve pour les groupes de discussion	Revue systématique de la littérature	N/A	Revue de la littérature, introduction
De Sio S., et al.	2020	Work-related stress risk and preventive measures of mental disorders in the medical environment: an umbrella review	Médecins (« Physicians ») (36 études)		Facteurs de risques de stress lié au travail ; stratégies de prévention de stress lié au travail	N/A	Haute prévalence du stress lié au travail et des maladies mentales chez les médecins. Pas de consensus sur les mesures préventives efficaces.	Revue systématique de la littérature	N/A	Revue de la littérature, introduction
Kalani S. D., et al.	2018	Interventions for Physician Burnout: A Systematic Review of Systematic Reviews	Médecins et étudiants médecins (4 revues systématiques sélectionnées)		Interventions réduisant le burnout	N/A	Discordances entre les études / variables parfois peu comparables	Revue des revues systématiques de la littérature	N/A	Revue de la littérature, introduction
Michels, N. & Vervaeck, N.	2017	Comment prévenir et soulager les symptômes de burn-out chez les médecins ?	2914 médecins en formation et médecins praticiens, issus de 52 études	Étudiants en médecine, autres prestataires de soins	Interventions centrées sur la personne, sur l'organisation ou sur la structure	N/A	Diminution de la prévalence du burnout (différence absolue de 10% avec IC à 95% de 5 à 14% ; $p < 0,0001$; $I^2 = 15\%$) Interventions sur l'organisation plus efficaces	Analyse critique	N/A	Revue de la littérature, introduction, discussion

							que les interventions axées sur la personne (p = 0,03)			
Panagioti M., et al.	2017	Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians A Systematic Review and Meta-analysis	Médecins ("Physicians") issus de 19 études		Interventions dans le but de limiter le burnout des médecins et les facteurs associés à une meilleure efficacité	N/A	Réduction petite mais significative du burnout suite à l'intervention (standardized mean difference [SMD] = -0.29; 95% CI, -0.42 to -0.16) Effet significatif des interventions centrées sur l'organisation (SMD = -0.45; 95% CI, -0.62 to -0.28)	Revue systématique de la littérature et méta-analyse	N/A	Revue de la littérature, introduction
Reinhart E., et al.	2020	A systematic review of burnout and its relation to work-life balance and scheduling among United States physicians	Médecins américains ("US physicians") et leurs partenaires issus de 21 études		Lien entre burnout et la fréquence des conflits maison-travail ainsi que la satisfaction envers l'équilibre travail-vie	N/A	Lien prouvé entre le burnout et la fréquence des conflits ainsi que l'insatisfaction pour l'équilibre travail-vie. Mise en évidence de focus pour la création des horaires des médecins afin d'éviter le burnout (< 70H/semaine, etc.)	Revue systématique de la littérature	N/A	Revue de la littérature, introduction
Ruotsalainen J.H., et al.	2015	Preventing occupational stress in healthcare workers (Review)	7188 travailleurs des soins de santé ("healthcare workers") issus de 58 études		Interventions centrées sur la personne ou centrées sur le travail	Pas d'intervention ou intervention alternative	Réduction modérée du stress via la thérapie cognitivo-comportementale et la relaxation physique et mentale Pas d'effet significatif des mesures organisationnelles hormis le changement des horaires (SMD -0.55 (95% CI - 0.84 to -0.25; 2 trials, 180 participants))	Revue systématique de la littérature	N/A	Revue de la littérature, introduction, discussion
Sablik Z., et al.	2011	Universality of physicians' burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients	Médecins de pays variés (« physicians ») issus de 20 études		Comparaison des données des différents pays	N/A	Universalité du burnout (peu importe la spécialisation ou le lieu) ; mise en évidence de « jeux interpersonnels » jouant dans la relation médecin-patient	Revue systématique de la littérature	N/A	Revue de la littérature, introduction, discussion
Saurel V.	2015	Évaluation de la mise en place des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel	Médecins installés dans les régions Aquitaines et Poitou-Charentes en		Corrélation entre le score MBI des participants et certaines variables sociodémographiques	N/A	Facteurs protecteurs significatifs : mise en place d'un secrétariat, participation à un groupe de pairs ou à un groupe balint, être jeune ou nouvellement installé	Étude quantitative	N/A	Revue de la littérature, introduction, discussion

		chez les médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans	cabinet de médecine générale depuis moins de 10 ans							
Sibeoni J., et al.	2019	Physicians' Perspectives About Burnout: a Systematic Review and Metasynthesis	1589 médecins issus de 33 articles		Comparaison d'études qualitatives	N/A	Mise en évidence de facteurs stressants ou protecteurs (organisationnels, relationnels, individuels)	Revue systématique de la littérature et méta-analyse	N/A	Revue de la littérature, introduction, discussion
West C., et al.	2016	Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis	3630 médecins issus de 52 études		Différentes stratégies de réduction du burnout : centrée sur l'individu ou structurelle / organisationnelle	N/A	Diminution du burnout de 54 à 44% (difference 10% [95% CI 5–14]; p<0.0001; I2=15%; 14 studies) Les 2 stratégies (centrée sur l'individu ou structurelle / organisationnelle) sont efficaces	Revue systématique de la littérature et méta-analyse	N/A	Revue de la littérature, introduction

Études non-standardisées selon la méthode PICO

Tableau 4. Résumé des articles concernant une étude non-standardisée selon la méthode PICO

Auteur	Date	Titre	De qui / quoi parle-t-on ?	Qui n'est pas concerné ?	Comment intervient-on ? Que propose-t-on ?	Alternative actuellement connue	Pour quoi ? Dans quel but ?	Quelles nouvelles perspectives apparaissent ? Qu'espère-t-on comme avantage ?	Qui est responsable de la proposition ?	Partie du TFE concernée
Jonckheer P., et al.	2011	Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge (KCE reports 165B)	Médecins généralistes, prévention du burnout		Revue de la littérature, étude qualitative, étude comparative, étude Delphi, recommandations	N/A	Diminution de la prévalence du burnout et de ses conséquences personnelles et collectives	Recommandations en termes de prévention et de prise en charge	Dizaines de médecins et experts belges	Revue de la littérature, introduction
Léonard J.	2020	Adaptation d'un outil d'évaluation du risque de burnout à la médecine générale : Quels sont les stressors qui provoquent le burnout et les ressources dont les médecins généralistes disposent pour le prévenir ?	Burnout des médecins généralistes		Création d'un outil d'évaluation du risque de burnout	Modèle JD-R	Dépistage précoce du burnout	Après pondération et validation : pourrait servir à l'auto-évaluation du risque de burnout des généralistes	Dr Léonard, médecin généraliste belge (lors de sa dernière année d'assistanat)	Revue de la littérature, introduction
Nguyen A.-M.	2018	Burn out du médecin généraliste : étude qualitative sur les mesures de prévention	MG exerçants en Haute-Normandie avec une activité libérale exclusive ou non		Étude qualitative basée sur des entretiens	N/A	Mise en évidence des risques de burnout et ses signes avant-coureurs ainsi que ses conséquences	Proposition de mesures de prévention du burnout	Dr Nguyen, médecin français (lors de sa dernière année d'étude)	Revue de la littérature, introduction, discussion

Alimentation						x								x	
Bureau confortable						x								x	
Méditation, yoga, sophro, etc.		x	x	x	x	x	x		x		x			x	x
Sport	x		x			x		x						x	
Loisirs	x					x		x						x	
Balint	x	x	x	x	x	x	x						x	x	
Groupes de discussion			x		x	x		x			x		x	x	x
Formation continue								x					x		
Fonction universitaire	x					x							x		
Psychologue		x	x	x		x		x	x		x			x	x
Coach en organisation					x			x	x		x				
Formation à la communication		x		x	x		x		x						x

D. Protocole d'expérimentation

Renseignements généraux

Titre : En tant que médecin généraliste wallon, quelles mesures préventives peut-on mettre en place de manière individuelle afin de réduire son risque de burnout ?

Version du 23/11/2021

Promoteur : Dr Manoël le Polain, Rue Les Colir 38, 1440 Braine-le-Château

Investigateur responsable : Dr Pauline Soille

Contact : pauline.soille@student.uclouvain.be; 0498/11.69.64

Rationnel de l'expérimentation

Question de recherche

En tant que médecin généraliste wallon, quelles mesures préventives peut-on mettre en place de manière individuelle afin de réduire son risque de burnout ?

Description de la population choisie :

Médecins généralistes de la Fédération Wallonie-Bruxelles, pratiquant actuellement la médecine générale

Objectifs et but de l'essai

L'objectif de cette étude est d'établir une relation entre le score MBI (Maslach Burnout Inventory) de généralistes avec les mesures organisationnelles mises en place dans leur pratique et certaines habitudes de vie par rapport au stress. Sur base d'une analyse statistique des données recueillies par questionnaire, le but est d'établir une liste de recommandations à l'attention des médecins généralistes pour limiter leur risque de burnout.

Conception de l'essai et méthodologie appliquée

Description du type d'expérimentation

L'expérimentation prendra la forme d'une étude quantitative, prospective et transversale, sur base d'un questionnaire en ligne, via la plateforme LimeSurvey.

Critères de sélection des sujets

La sélection des sujets se fera sur base volontaire, à la suite d'un recrutement par mail via les cercles de médecine générale.

Énoncé des données à évaluer

Le questionnaire est organisé en plusieurs sections, qui abordent respectivement les points suivants :

- Données personnelles (sexe, ancienneté de pratique, milieu de pratique)
- Score MBI
- Organisation de la pratique (charge de travail, organisation du cabinet)
- Facteurs de bien-être et santé (hygiène de vie, mesures de gestion du stress)

Durée prévue de la participation

Environ 10 minutes, jusqu'à la complétion du questionnaire.

Méthode d'analyse de données

Pour interpréter les résultats du questionnaire, une comparaison statistique sera effectuée entre les moyennes des scores MBI des différentes populations question par question (2 ou + selon le nombre de possibilités de réponse). Selon le nombre de réponses obtenues et les hypothèses sur les données (nombre d'échantillons, variance identique ou non, distribution normale, etc.), le test statistique utilisé sera soit un test paramétrique (Test de Student en cas de réponse binaire, ANOVA en cas de réponse multiples), soit un test non-paramétrique (Mann-Whitney en cas de réponse binaire, Kruskal-Wallis en cas de réponse multiple).

Règles d'arrêt ou d'abandon de l'expérimentation

La participation à l'étude s'arrête une fois le questionnaire terminé et validé. Par ailleurs, le participant peut abandonner et arrêter sa participation à l'étude à tout moment en quittant simplement le formulaire.

Public cible

Nombre de sujets prévu

Étant donné la taille de la population (3467 médecins généralistes actifs lors du cadastre de 2016), la taille d'échantillon visée est d'environ 100 à 200 répondants. Sur base de ce chiffre et vu la prévalence du burnout dans cette population (environ 10%), il serait possible d'observer une différence d'incidence entre différents groupes significative jusqu'à 20% (puissance statistique de 90%).

Critères d'inclusion

- Être médecin généraliste et pratiquer en Fédération Wallonie-Bruxelles
- Être volontaire pour remplir le questionnaire dans son entièreté
- Être âgé entre 24 et 80 ans

Critères d'exclusion

- Ne pas être médecin ou pratiquer une autre spécialité que la médecine générale
- Pratiquer en dehors de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Confidentialité des données

Cette étude est conduite de manière anonyme. L'identité des répondants ne sera pas demandée et leur participation à cette enquête demeurera strictement confidentielle. Les données personnelles les concernant ont été limitées au maximum afin de ne pas rendre leur identité reconnaissable. Les données ne seront pas transmises à des personnes tierces et seront sauvegardées de manière sécurisée. Seules des données statistiques agrégées seront rendues disponibles dans le travail. Les répondants ne seront pas identifiés par leur nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Les données seront conservées jusqu'au 30/09/2022. La protection des données personnelles sera assurée conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Comité d'éthique

L'expérimentation est soumise à l'approbation du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint Luc – UCLouvain.

Assurance

Une assurance a été souscrite.

Noms et coordonnées de l'assureur :

Ethias SA, rue des Croisiers n° 24 à Liège

Numéro de police d'Assurance :

Police n° 45.399.955

E. Questionnaire

Burnout des médecins généralistes

Étude menée dans le cadre du travail de fin d'études du Dr. Pauline Soille sur les mesures de prévention du burnout chez le médecin généraliste

Bonjour!

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une enquête dans le cadre d'une étude visant à identifier les mesures de prévention du burnout pouvant être mise en place de manière individuelle dans nos cabinets de médecine générale.

Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire le formulaire suivant qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette enquête. La durée de complétion du questionnaire est d'environ 5 à 10 minutes. Pour lire le document et commencer le questionnaire, appuyez sur "Suivant".

Il y a 41 questions dans ce questionnaire.

Informations et consentement

Objectif et description de l'enquête

Il s'agit d'une enquête qui devrait inclure environ 100 participants en Belgique. L'objectif de cette enquête consiste à étudier l'association entre certains facteurs et le score de burnout des participants afin déterminer quelles mesures concrètes mettre en place, en tant que généraliste, afin de limiter son risque de burnout. Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera demandé de répondre de manière anonyme à un questionnaire en ligne. Il vous sera demandé de participer à l'enquête pendant environ 5-10 minutes, jusqu'à la complétion du questionnaire.

Promoteur de l'enquête

Le promoteur de l'enquête est l'UCLouvain.

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance de la prévention du burnout chez les médecins généralistes de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il n'y a aucun risque de participation à cette enquête hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur :

Ethias SA, rue des Croisiers n° 24 à Liège

Numéro de police d'Assurance :

Police n° 45.399.955

Protection de la vie privée

Cette étude est anonyme. Votre identité ne vous sera pas demandée et votre participation à cette enquête demeurera strictement confidentielle. Les données personnelles vous concernant ont été limitées au maximum afin de ne pas rendre votre identité reconnaissable. Les données ne seront pas transmises à des personnes tierces et seront sauvegardées de manière sécurisée. Seules des données statistiques agrégées seront rendues disponibles dans le travail. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Le gestionnaire des données est Pauline Soille. Vos données seront conservées jusqu'au 30/09/2022.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : privacy@uclouvain.be.

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be

Comité d'éthique

Cette expérimentation/enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain, qui a émis un avis favorable le 11/01/2022.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Pauline Soille

Email : pauline.soille@student.uclouvain.be

Téléphone : 0498/11.69.64

Pour la gestion des plaintes non résolues par l'investigateur, vous pouvez contacter comme médiateur le Comité d'Éthique :

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Téléphone : 02 764 55 14

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PARTICIPANT

1. Je déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'enquête « En tant que médecin généraliste wallon, quelles mesures préventives peut-on mettre en place de manière individuelle afin de réduire son risque de burnout ? »
2. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En cochant la case ci-dessous, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de

- la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
- la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
- les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.

7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.

8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

- ☐ En cochant cette case, j'affirme avoir lu le texte ci-dessus et consens aux 8 affirmations reprises sous la rubrique "Formulaire de consentement éclairé au participant"

Cette enquête est destinée aux personnes exerçant la médecine générale en Fédération Wallonie-Bruxelles.

- ☐ Je suis médecin généraliste ou assistant en médecine générale et j'exerce en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Données personnelles

Cette courte section concerne vos données personnelles. Celles-ci sont limitées au maximum pour garantir votre confidentialité.

Quel est votre sexe?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Je ne souhaite pas le préciser
- ☐ Autre

Quelle est votre ancienneté de pratique?

Veuillez écrire votre réponse ici :

En années, assistantat compris

Quel est votre milieu de pratique?

- ☐ Rural
- ☐ Semi-rural
- ☐ Urbain

Travaillez-vous en zone de pénurie?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Habitez-vous dans la commune dans laquelle vous pratiquez?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Votre score de burnout

La partie suivante concerne votre risque de burnout. Essayez d'y répondre sans trop y réfléchir. La première réponse qui vous vient est souvent la bonne. Courage, c'est la plus grosse partie!

Pour chaque affirmation, sélectionnez une des réponses suivantes :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent							
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients							
Je sens que je craque à cause de mon travail							
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							

Pour chaque affirmation, sélectionnez une des réponses suivantes :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je me sens plein(e) d'énergie							
Je me sens frustré(e) par mon travail							
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients							
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients							
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients							
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
Je me sens au bout du rouleau							
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

Votre pratique

Dans quel type de pratique travaillez-vous?

- ☐ En solo
- ☐ Pratique de groupe / maison médicale à l'acte
- ☐ Maison médicale au forfait

Travaillez-vous uniquement sur rendez-vous?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Combien de contacts-patients estimez-vous avoir par semaine ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Y compris consultations, consultations téléphoniques et visites à domicile

Quelle proportion de visites à domicile avez-vous ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

En pourcentage de vos contacts-patients

En moyenne, combien d'heures travaillez-vous par semaine ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Combien de DMG possédez-vous ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Pour les assistants, entrez 0.

En moyenne, combien d'heures de garde effectuez-vous par an ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quel est votre rythme moyen de consultation ?

- ☐ 15 min / consultation (ou moins)
- ☐ 20 min
- ☐ 30 min
- ☐ 45 min ou plus

Avez-vous des pauses prévues en journée (temps de midi, pause-café) ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, 1 par jour
- ☐ Oui, 2 par jour
- ☐ Oui, 3 ou plus

Faites-vous appel à un secrétariat ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, à temps partiel
- ☐ Oui, à temps plein

Faites-vous appel à un comptable ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Votre cabinet est-il informatisé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Effectuez-vous des activités médicales complémentaires ?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Non
- ☐ ONE
- ☐ Médecine sportive
- ☐ Médecin coordinateur en MRS
- ☐ Autre:

Votre bien-être et votre santé

Dernière section! Vous y êtes presque!

Avez-vous déjà été en arrêt-maladie pour épuisement ou pour burnout ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne préfère pas répondre

Avez-vous un médecin traitant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Estimez-vous être satisfait de votre équilibre entre vie privée et vie professionnelle ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Combien d'heures de sommeil avez-vous par nuit ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Pensez-vous manger sainement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Trouvez-vous votre bureau confortable ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pratiquez-vous régulièrement une des activités suivantes ?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Méditation / mindfulness
- ☐ Yoga
- ☐ Sophrologie
- ☐ Technique de relaxation
- ☐ Aucune de ces activités

Avez-vous une activité sportive ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, une fois par semaine
- ☐ Oui, 2 fois par semaine ou plus

Réservez-vous un moment pour un loisir personnel ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, moins de 4h/semaine
- ☐ Oui, 4 heures par semaine ou plus

Participez-vous à un groupe Balint ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Participez-vous à des groupes de discussion avec des pairs (GLEM, etc.) ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Suivez-vous une formation continue ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Exercez-vous une fonction universitaire ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Avez-vous déjà eu recours à un psychologue pour gérer le stress (TCC par exemple) ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Avez-vous déjà eu recours à un coach pour apprendre à s'organiser ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Avez-vous déjà suivi une formation à la communication ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Boîte à idées

Et vous? Quelles sont vos trucs et astuces pour éviter l'épuisement? Qu'avez-vous mis en place pour éviter ou surmonter le burnout? Envie de les partager avec nous?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions à partager à propos de cette enquête?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Vous êtes arrivés au bout du questionnaire. Merci pour votre participation!

Si vous souhaitez plus d'informations sur le syndrome d'épuisement professionnel ou si vous vous sentez vous-mêmes en difficulté, de nombreuses ressources existent. N'hésitez pas à en parler à votre médecin traitant, un psychologue, un confrère ou une association comme [Médecins en difficulté](#).

En cas de question ou de remarque concernant cette enquête, n'hésitez pas à contacter le responsable de l'étude via l'adresse mail: pauline.soille@student.uclouvain.be.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

PDF du formulaire GEIMG.

Le but de la démarche est de permettre d'identifier s'il est nécessaire ou pas de soumettre, avant la rédaction du TFE, un dossier à un des trois comités d'éthique universitaires :

- le comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire UCLouvain
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire Erasme – ULB

Chercheur

Docteur Soille Pauline.

Email : pauline.soille@student.uclouvain.be

Gsm : 0498116964

Candidat en master de spécialisation en MG à l'UCL.

Tuteur

Docteur le Polain Manoël .

Email : manolepolain@hotmail.com

Gsm : 0474282640

TFE en Médecine générale

Travail de fin d'étude dans le cadre d'un master de spécialisation en médecine générale.

Quel sera le titre prévu pour votre TFE ?

En tant que médecin généraliste wallon, quelles mesures préventives peut-on mettre en place de manière individuelle afin de réduire son risque de burnout?

Discipline dont relève l'étude

Médecine générale. Etude universitaire non commerciale.

Objectif du TFE (question de recherche)

///

Année académique de présentation du TFE

2021-2022.

Description du TFE

Suite au mal-être ressenti par de nombreux généralistes et assistants durant la crise du coronavirus et ayant moi-même ressenti des difficultés et une certaine dose d'épuisement, je me suis intéressée au burnout des médecins généralistes.

Après une recherche étendue de la littérature, je me suis décidée à étudier ce que l'on pourrait mettre en place pour prévenir le burnout. Parmi les 3 composantes du burnout, les facteurs individuels (sexe, âge, caractère, etc.) ne seront pas sujet de cette étude, étant inchangeables. Les facteurs intrinsèques à la pratique (relations avec les patients, gestion de l'incertitude, stress au travail, etc.), étant moins quantifiables, ne seront pas étudiés non plus. L'étude se concentrera donc sur les facteurs extrinsèques (charge de travail, organisation de la pratique, etc.).

Le but est d'objectiver de manière concrète et chiffrée l'association de différents facteurs extrinsèques avec le burnout. La question de recherche du travail est dès lors : « En tant que médecin généraliste wallon, quelles mesures préventives peut-on mettre en place de manière individuelle afin de réduire son risque de burnout ? »

Via un questionnaire en ligne, une étude quantitative sera réalisée dans le but de comparer le score MBI (Maslach Burnout Inventory) de généralistes belges avec certaines mesures mises en place dans leur pratique et certaines habitudes de vie par rapport à leur gestion du stress. Par exemple, il serait intéressant de voir si les médecins ayant un secrétariat ont un score moyen plus ou moins élevé que ceux n'en ayant pas.

Par la suite une analyse statistique sera effectuée afin de déterminer le degré de corrélation entre les variables afin d'établir un « Do's and dont's » à l'intention des généralistes qui souhaitent organiser leur pratique de manière durable et respectueuse de l'humain.

Résumez succinctement votre TFE (maximum 250 signes)

///

Quels sont les objectifs de votre recherche (minimum 1500 signes) ?

///

Avez-vous d'autres informations utiles à apporter pour permettre aux membres du GEIMG de comprendre votre travail ?

///

Domaines exclusifs du TFE

S'agit-il UNIQUEMENT de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, SANS CARACTERE DELICAT comme, par exemple, des antécédents de burnout, conflits professionnels graves, assuétudes, ...) ?

Non

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'une enquête sur l'organisation matérielle de soins (organisation d'un cabinet ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion de flux de patients, comptabilisation de journée d'hospitalisation, coût de soins, ...) ?

Non

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, enquête sur les réseaux sociaux, ...), par exemple, sur les habitudes sportives, alimentaires, etc., sans caractère intrusif ?

Non

S'agit-il UNIQUEMENT d'une revue bibliographique ?

Non

Description de la méthodologie utilisée pour le TFE

Quelle méthodologie sera utilisée pour le TFE ?

une recherche quantitative

Dans le cas d'une recherche littérature,

- **Quels mots clés seront utilisés ?**
Sans objet
- **Dans quels types de littérature ?**
Sans objet
- **Quels critères d'inclusion/d'exclusion ?**
Sans objet
- **Quelle période (x dernières années) ?**
Sans objet
- **Full-text/abstract, ... ?**
Sans objet
- **Autres précisions ?**
Sans objet

Dans le cas d'une recherche qualitative,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Quels outils seront utilisés (enquête, focus group, interviews, entretiens semi-dirigés) ?**
Sans objet
- **Quel type d'analyse sera mise en œuvre (théorisation ancrée, analyse thématique, ...) ?**
Sans objet
- **Quels moyens d'enregistrement et d'anonymisation seront utilisés ?**
Sans objet

Dans le cas d'une recherche quantitative,

- **Quel public cible ?**
Les médecins généralistes wallons
- **Quelle est la méthode de recrutement ?**
Par mail, via les cercles de médecine générale
- **Quel est le type d'échantillonnage ?**
Participation volontaire, invitation par mail
- **Quelles sont les procédures d'analyse ?**
Comparaison du score MBI des participants question par question, via une analyse statistique (test de Student ou ANOVA)
- **Quelle est la procédure d'anonymisation ?**
Pseudonymisation des données et limitation des données personnelles au strict minimum

S'il s'agit d'un travail assurance qualité,

- **Quel public cible ?**

Sans objet

- **Décrivez le type de travail assurance qualité**
Sans objet

S'il s'agit d'une recherche-action,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Décrivez le type de recherche-action**
Sans objet

S'il s'agit d'une autre méthodologie,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Décrivez cette autre méthodologie**
Sans objet

S'agit-il d'une recherche clinique interventionnelle (PICO) ?

Non

- **Quelle est la population cible ?**
Sans objet
- **Quels sont les critères d'inclusion/exclusion ?**
Sans objet
- **Quelle est l'intervention ?**
Sans objet
- **Quel est le comparateur ?**
Sans objet
- **Autres précisions ?**
Sans objet

Étude sur un médicament

L'étude porte-t-elle sur l'expérimentation d'un médicament ou encore des changements de doses, des changements d'heure de prise, une dé-prescription, ... ?

Non

Si OUI, compte tenu des données disponibles actuellement, estimez-vous que l'expérimentation est de nature à entraîner un risque ?

Sans objet

Si OUI, décrivez le risque de l'expérimentation :

Sans objet

Si NON, justifiez en quoi l'expérimentation n'entraîne pas de risque :
Sans objet

Étude sur un dispositif médical

L'étude porte-t-elle sur un dispositif médical ?

Non

Si OUI, expliquez comment le dispositif est utilisé dans l'indication du fabricant ?
Sans objet

Recherche auprès de personnes

Allez-vous mener une étude auprès de personnes ?

Oui

Si OUI, quel en est le (les) public(s) cible(s) ?
Les médecins généralistes wallons

Si OUI, quelle(s) type(s) de méthodologie allez-vous utiliser pour cette recherche auprès de personnes ?
Recherche quantitative, /

Si OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les personnes participantes ?
Oui

Si OUI, la confidentialité et l'anonymisation des données de l'étude seront-elles mentionnées et assurées ?
Oui

Si OUI, décrivez comment vous allez garantir la protection de la vie privée des participants à l'étude ?
Précisez les mesures prises.

J'utiliserai la pseudonymisation des données: je ne demanderai pas les noms ou les coordonnées des participants. Les deux parties du questionnaire (MBI et organisation de la pratique) pourraient chacune être liée à un numéro d'identification afin de pouvoir les mettre en lien.
Afin de ne pas pouvoir reconnaître les répondants, je limiterai au maximum les données les rendant identifiable (âge, lieu de pratique, etc.).

Les données ne seront bien évidemment pas transmises à des personnes tierces et sauvegardées de manière sécurisée. Seules des données statistiques agrégées seront rendues disponibles dans le travail.

Si OUI, quelle sera la date de début de l'étude prévue auprès des personnes ?
01/12/2021

Si OUI, quelle sera la date de fin de l'étude prévue auprès des personnes ?
30/04/2022

Questions spécifiques

L'étude est-elle destinée à être publiée dans une revue (hors www.mgtfe.be) ?

Non

L'étude est-elle interventionnelle chez des patients ? Allez-vous tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur ?

Non

L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc....) ?

Oui

L'étude comporte-t-elle des interviews d'enfants mineurs d'âge ?

Non

SI OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les parents ou les tuteurs des mineurs concernés ?

Sans objet

Y-a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ?

Non

Y-a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, ...) ?

Non

Responsabilités et engagements

Je confirme que les informations fournies dans ce document sont correctes.

Je pense que cette étude pourra être menée dans le respect du protocole et des principes de la "Déclaration d'Helsinki", des "Bonnes Pratiques Cliniques" et de la législation belge relative à la protection de la vie privée des patients et des participants et aux expérimentations sur embryon/sur la personne humaine/sur le matériel corps humain.

Je m'engage à exercer mes responsabilités de chercheur principal pour cette étude. L'investigateur porte toute la responsabilité administrative et pratique de l'organisation locale d'un projet de recherche clinique. Cette responsabilité est à la fois médicale (paramédicale) et légale. Elle s'exerce vis-à-vis du tuteur, de l'institution, du participant et du Comité d'Ethique.

J'ai pris les mesures requises pour assurer la protection des participants que je recruterai pour cette étude. Ceci signifie notamment :

- qu'aucune donnée d'identification ne sera accessible à des tiers.
- qu'aucune association de données pouvant permettre la ré-identification des participants ne sera accessible à des tiers.
- que les fichiers informatiques, les documents papiers, les documents audio, les documents vidéo contenant les données récoltées seront protégés des utilisations abusives.

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 12/11/2021

ULiège (Montrieux Christian) : C = Doit être soumis au comité d'éthique de l'université du candidat MG.

UCL (LETOCART Véronique) : C = Doit être soumis au comité d'éthique de l'université du candidat MG.

ULB (Vanderhofstadt Quentin) : C = Doit être soumis au comité d'éthique de l'université du candidat MG.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les 3 avis ne sont pas unanimes, le GEIMG, sur base des informations transmises, décide qu'il est nécessaire de soumettre le projet de TFE au comité d'éthique de l'université dont il dépend.

« Nous vous invitons à joindre cette décision du GEIMG en annexe de votre TFE. Vous pourrez ainsi attester de votre démarche éthique auprès du jury interuniversitaire »

G. Avis du Comité Hospitalo-Facultaire



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 11 janvier 2022

A l'investigateur responsable:
Dr Manoël LE POLAIN DE WAROUX
« les colir », 38
1140 Braine le Château

Cc : A l'étudiante :
pauline.soille@student.uclouvain.be

AVIS FAVORABLE DEFINITIF

Concerne : 2021/01DEC/502 - N° Enregistrement Belge : NA

N° Protocole : MASTER

Acronyme : n/a

Intitulé : En tant que médecin généraliste wallon, quelles mesures préventives peut-on mettre en place de manière individuelle afin de réduire son risque de burnout ?

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Nous avons examiné l'ensemble des documents concernant cette étude.

Notez que comme c'est une étude qui ne tombe pas sous le champ d'application de la Loi de 2004, il faut également supprimer la mention de la Loi de 2004 qui est présente à 2 reprises en tout début de questionnaire médecins. De plus, nous notons que le questionnaire se fera via « Limesurvey » et non « Google Forms ». Il est suggéré d'inclure cette information dans le Protocole.

Les documents approuvés sont :

- Formulaire de soumission Mémoire, reçu le 05/01/2022
- Protocole, Version du 23/11/2021, reçu le 05/01/2022
- Résumé, reçu le 05/01/2022
- Document d'information et de consentement Médecins, reçu le 05/01/2022
- Questionnaire Médecins généralistes, reçu le 05/01/2022
- Certificat d'assurance Ethias dd. 29 novembre 2021
- Questionnaire I RGPD, reçu le 05/01/2022
- CVs datés et signés du PI et du co-PI, reçus le 05/01/2022
- Document de re-soumission avec réponse aux remarques du CEHF, reçu le 05/01/2022

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et au promoteur qu'il est responsable de la conformité linguistique des formulaires d'information et de consentement et de leur distribution aux différents comités d'éthique locaux.

Aucun participant ne peut être admis dans une expérimentation ou un essai clinique avant que le comité d'éthique (IRB/IEC) n'ait donné un avis écrit favorable au projet.

Aucune modification ni changement au protocole ne peut être mis en route sans l'approbation préalable écrite du comité d'éthique à l'amendement approprié excepté les situations prévues dans les bonnes pratiques cliniques (BPC/GCP).

Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03 - 1200 Bruxelles
Tél. : 02/764.55.14

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Page 1 sur 2
CEHF-FORM-076 v2

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Le comité d'éthique principal déclare qu'il procède selon les directives ICH/GCP, les lois et règlements applicables, et ses propres procédures écrites.

Le comité d'éthique principal déclare qu'aucun de ses membres ayant une affiliation avec l'étude ou le sponsor n'a voté pour cette étude.

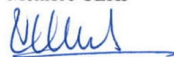
Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Le comité d'éthique principal sera continuellement informé de tous les SUSAR et déviations liés à ce protocole et qui se sont produits en Belgique.

Le comité d'éthique sera également informé du statut de l'étude sur base continue (comme requis par les directives ICG-GCP 4.10.1).

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Po Mme I. de HEMPTINNE
Membre CEHF


Pde Picuput

Prof. J.-M. MADOTEAUX
Président

 CEHF-FORM-006-11.0	Composition du Comité d'éthique hospitalo-facultaire nominatif	
		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 30/11/2021

Comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF)

COMPOSITION (cfr CEHF-DSQ-005_Description fonctionnement CEHF)	
▪ Président ▪ Vice-présidents ▪ Secrétaire ▪ Docteurs en Médecine attachés aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ou à la Faculté de Médecine de l'UCL ▪ Médecins Omnipraticiens ou Extérieurs aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Ethicien ▪ Juriste ▪ Infirmières (Cliniques universitaires Saint-Luc) et Assistante Sociale ▪ Psychologue ▪ Pharmaciens Hospitalier des Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Méthodologiste ▪ Collaborateurs Scientifiques, PhD ▪ Représentants Volontaires Sains	▪ Jean-Marie MALOTEAUX, Docteur en médecine ▪ Véronique DUVEILLER, Pharmacien ▪ Emmanuelle VAN HELLEPUTTE, Juriste et représentante des patients* ▪ Yves HUMBLET, Docteur en médecine ▪ Isabelle SCHEERS, Docteur en médecine ▪ Martine BERLIERE ▪ Yves HORMANS ▪ Laurent HOUTEKIE ▪ Luc ROEGERSⁱ ▪ Bénédicte BRICHARDⁱ ▪ Christiane VERMYLEN ▪ Michel MOURADⁱ ▪ Dominique LAMY ▪ Patrick EVRARD (Cliniques Mont-Godinne)ⁱ ▪ Eric GAZIAUX ▪ Alain LOUTE ▪ Geneviève SCHAMPS ▪ Cécile COUPEZ ▪ Claire DETIENNEⁱ ▪ Guibert TERLINDENⁱ ▪ Pascale de PIERPONTⁱ ▪ Séverine HALLEUXⁱ ▪ Niko SPEYBROECK ▪ Isabelle de HEMPTINNEⁱ ▪ Anne GABRIELⁱ ▪ Olivier BLEUS et/ou Stéphanie CHAPUTⁱ

ⁱ: invité

* Membre remplaçant comme représentante des patients : Aurélie Carlier

H. Graphiques des mesures n'ayant pas d'impact significatif sur le score de burnout

Mesures concernant la pratique

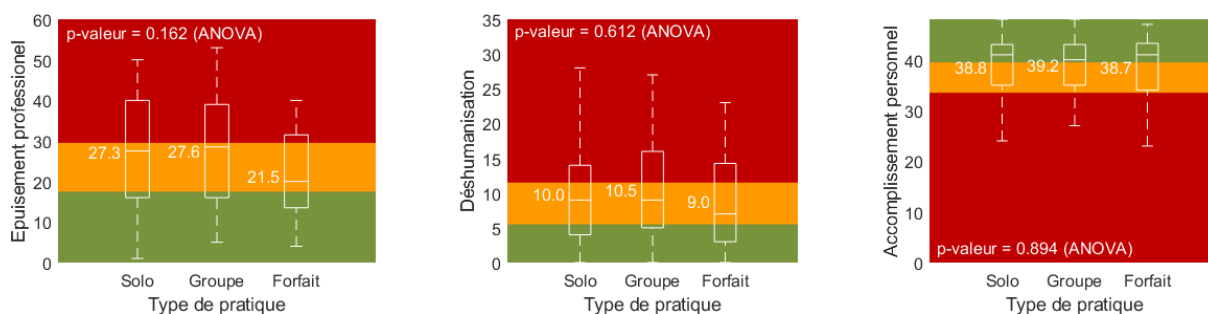


Figure 33. Scores MBI selon le type de pratique.

Aucun lien statistique n'a pu être trouvé entre le type de pratique et l'impact sur le score de burnout des participants.

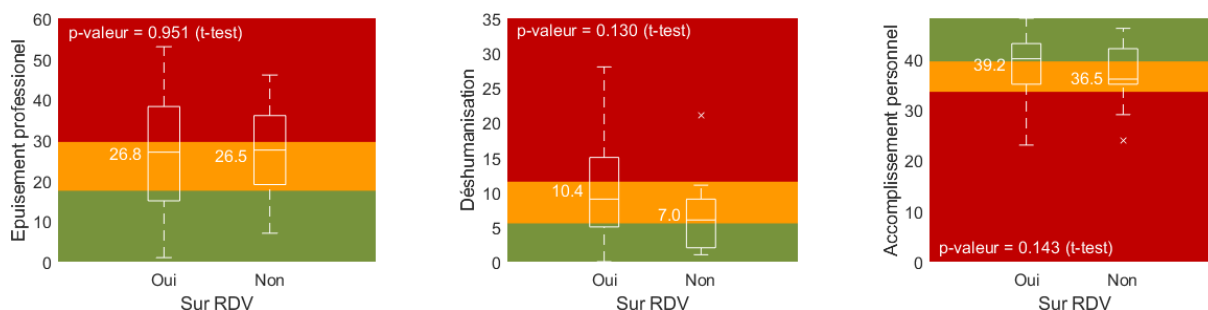


Figure 34. Scores MBI en fonction du travail sur rendez-vous.

Bien que l'on puisse penser que travailler sur rendez-vous uniquement soit plus confortable, aucune relation avec le score de burnout n'a pu être établie.

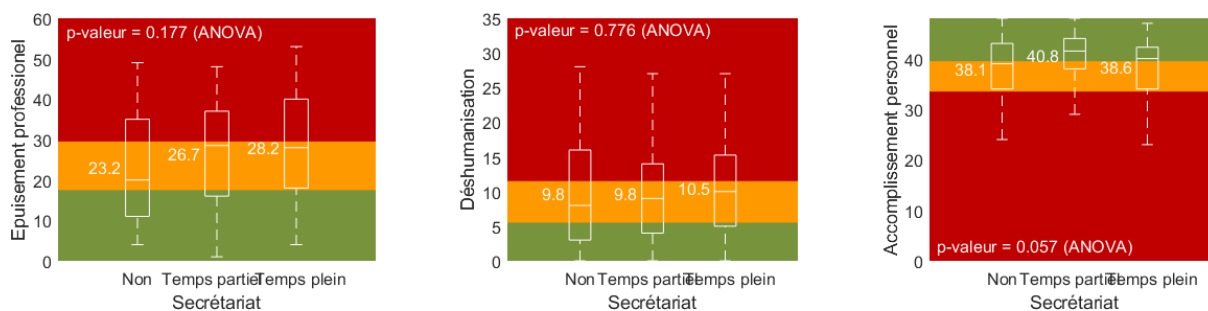


Figure 35. Scores MBI en fonction du recours à un secrétariat.

La relation entre diminution du burnout et emploi d'un secrétariat n'a pu être démontrée.

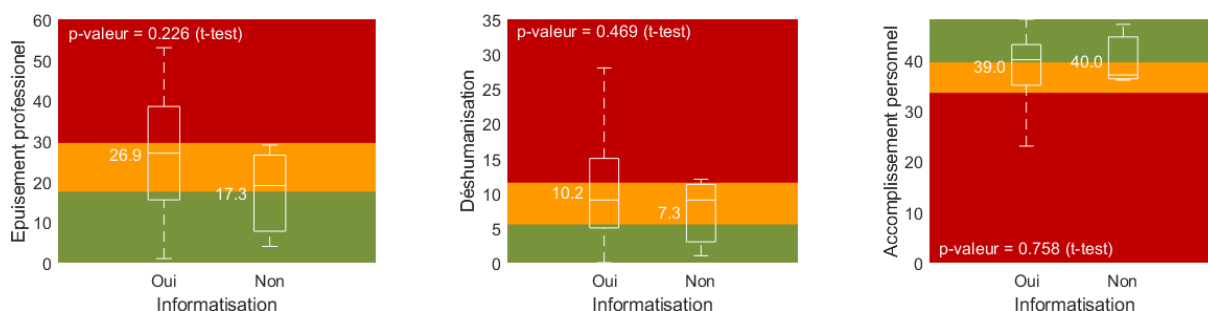


Figure 36. Scores MBI en fonction de l'informatisation du cabinet.

L'informatisation du cabinet semble être un facteur influençant négativement les scores des participants. Cependant, la différence entre les deux groupes n'est pas significative. Cela est probablement dû au nombre limité de participants non-informatisés. Seuls 3 participants à l'étude ne sont pas informatisés.

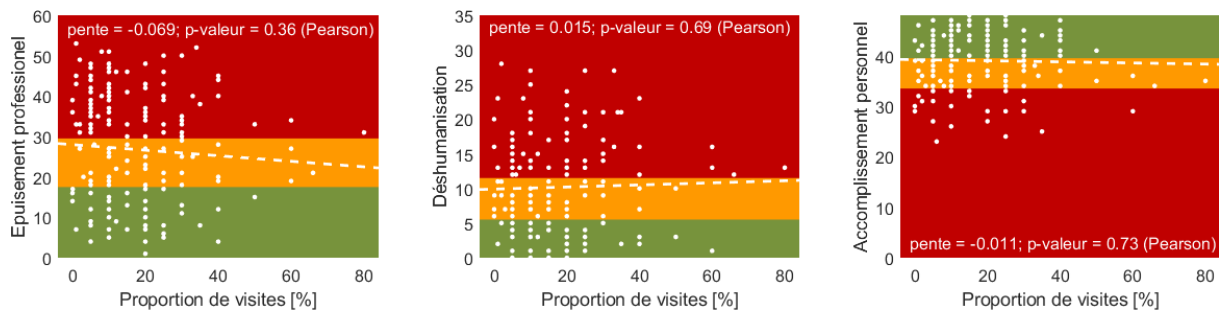


Figure 37. Scores MBI en fonction de la proportion de visites à domiciles.

Une relation semble se dessiner entre une proportion plus élevée de visites à domicile et une diminution du score de burnout, mais celle-ci n'est pas significative.

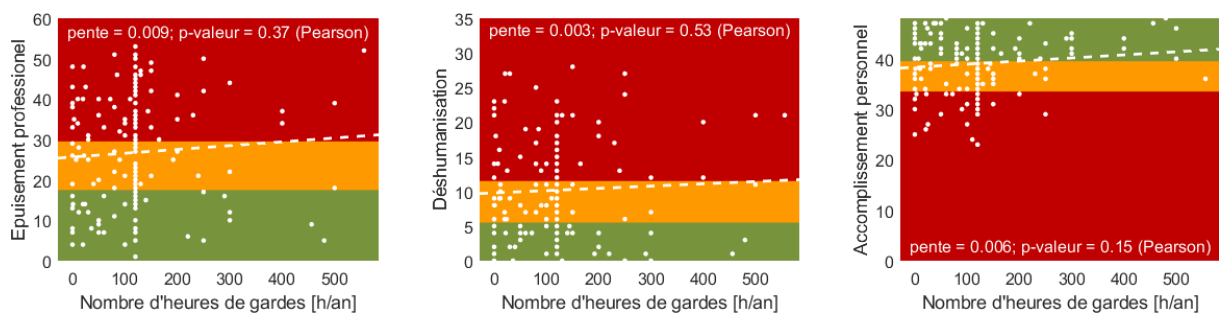


Figure 38. Scores MBI en fonction du nombre d'heures de garde effectuées par an.

Il semble également exister une relation entre augmentation du nombre d'heures de gardes et péjoration des SEP et SD ainsi qu'une amélioration du SAP, mais celle-ci n'est pas significative.

Mesures concernant le bien être

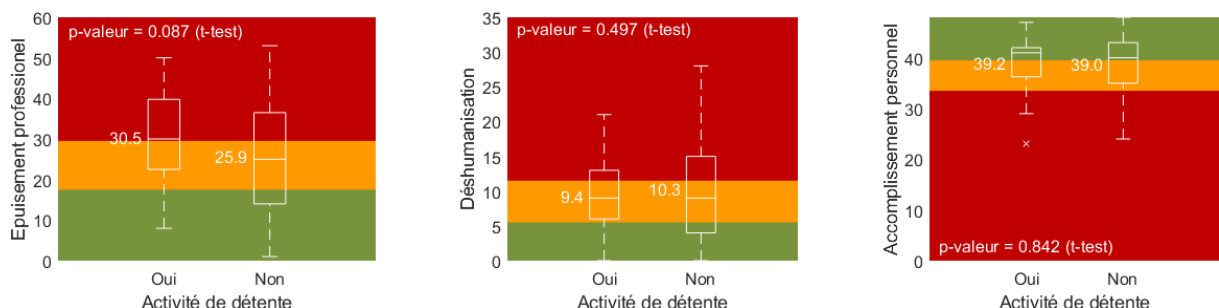


Figure 39. Scores MBI en fonction d'une pratique régulière d'une activité de détente.

Prendre du temps régulièrement pour une activité de détente n'a pas démontré d'impact significatif sur les différents scores de burnout.

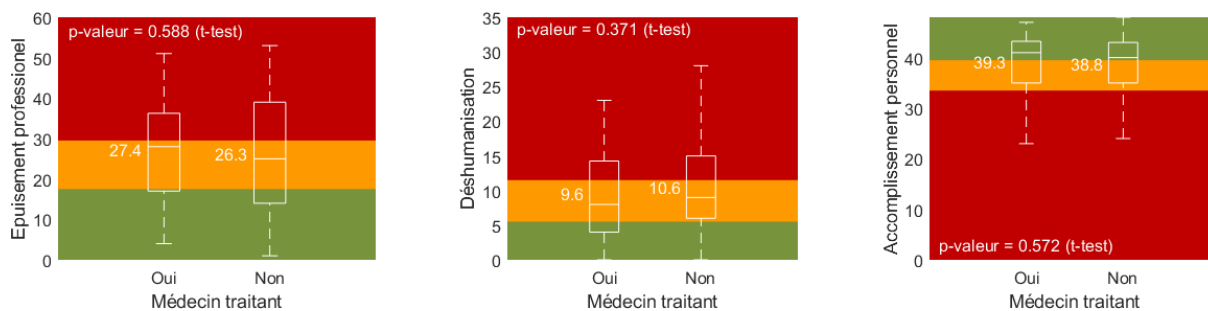


Figure 40. Scores MBI en fonction du suivi par un médecin traitant.

Avoir un médecin traitant ne semble pas protéger du burnout. Il n'y a pas d'influence de cette mesure sur les différents scores.

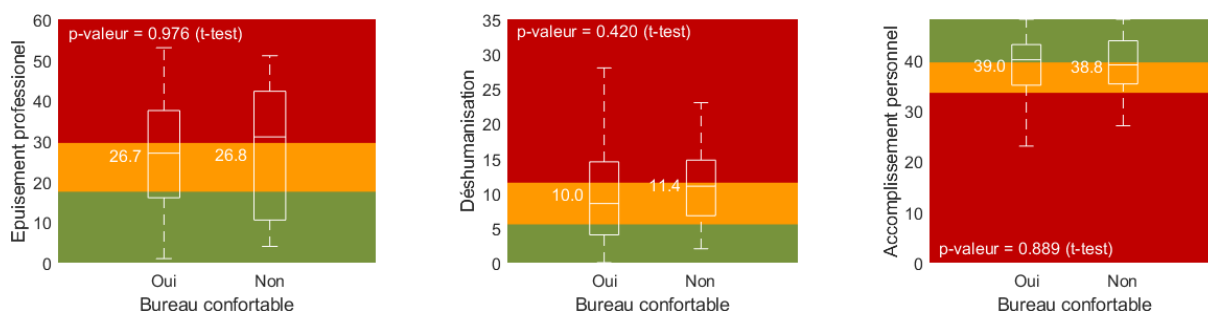


Figure 41. Scores MBI en fonction du confort ressenti de son bureau.

Avoir un bureau confortable n'influence pas significativement les scores de burnout, malgré qu'il semble plus intéressant en termes de bien-être d'avoir un bureau confortable.

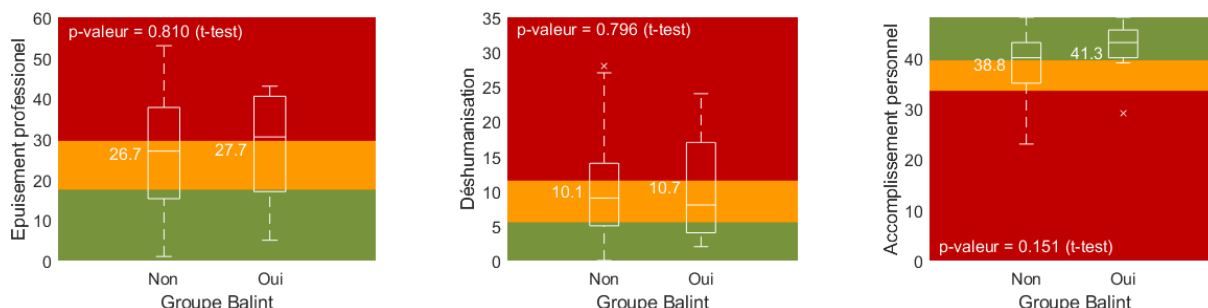


Figure 42. Scores MBI en fonction de la participation aux groupes Balint.

Les scores des participants aux groupes Balint ne semblent pas significativement meilleurs que ceux de leurs collègues n'y participants pas, malgré une impression d'amélioration dans leur score d'accomplissement personnel.

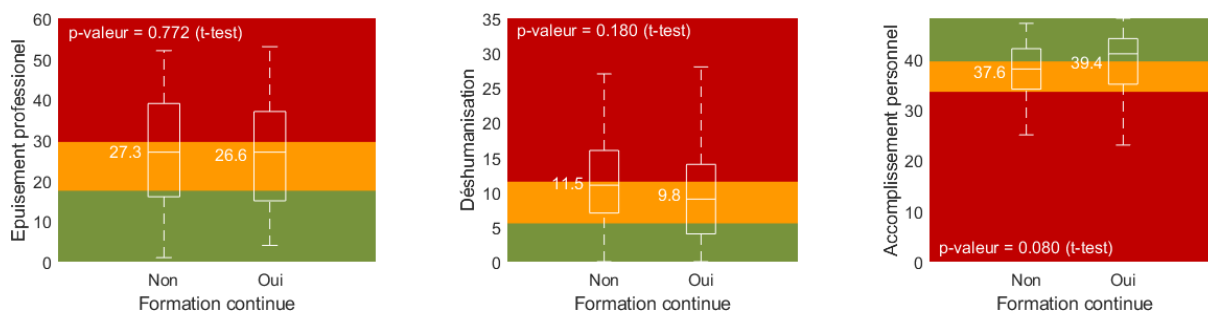


Figure 43. Scores MBI en fonction d'une formation continue.

Participer à une formation continue n'influence pas significativement les scores de burnout des participants. Cependant une amélioration du SAP est probable, bien que non-démontrée.

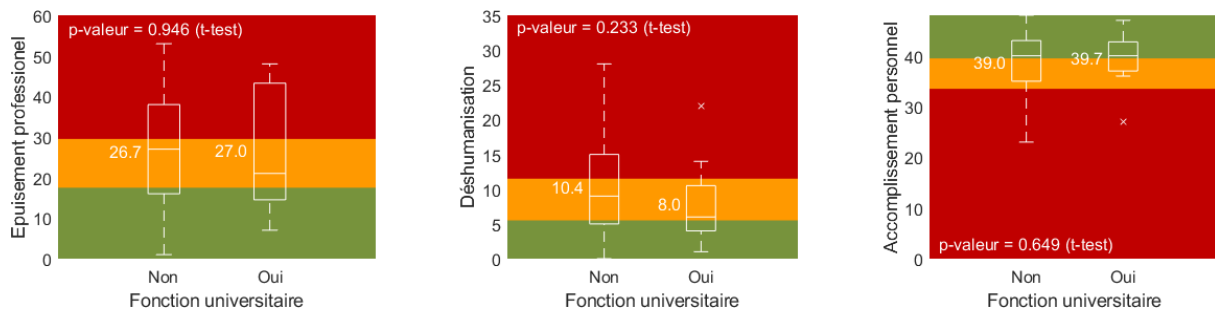


Figure 44. Scores MBI en fonction de l'exercice d'une fonction universitaire.

Aucune relation n'a été prouvée entre le fait d'exercer une fonction universitaire et le burnout.

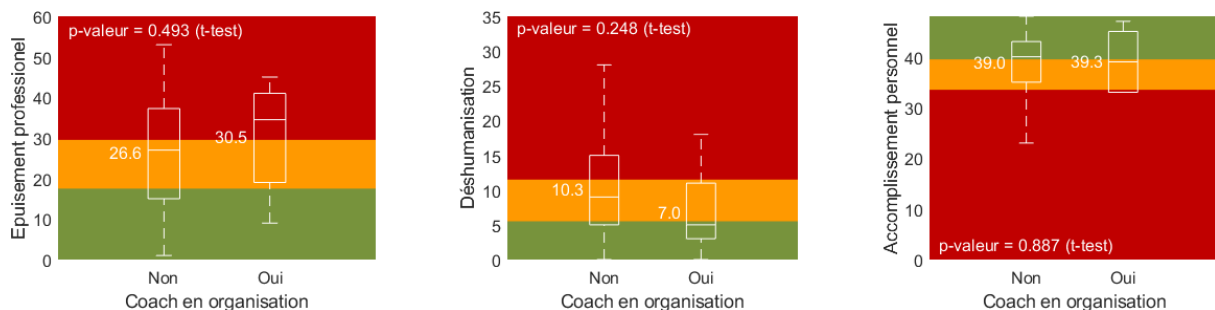


Figure 45. Scores MBI en fonction du recours à un coach en organisation.

Les participants ayant été coachés pour leur organisation étant rares (seuls 6 des participants), aucune influence de cette mesure sur les scores de burnout n'a pu être démontrée.

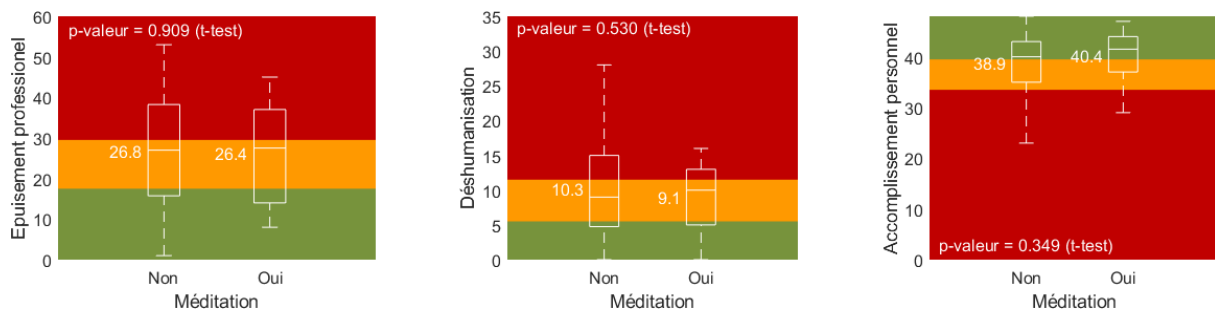


Figure 46. Scores MBI en fonction d'une pratique régulière de la méditation.

Les participants méditant semblent être moins épuisés, moins déshumanisés et plus accomplis que leurs collègues ne pratiquant pas la méditation. Cependant, ces résultats ne sont pas significatifs, car seuls 14 participants ont déclaré méditer régulièrement.

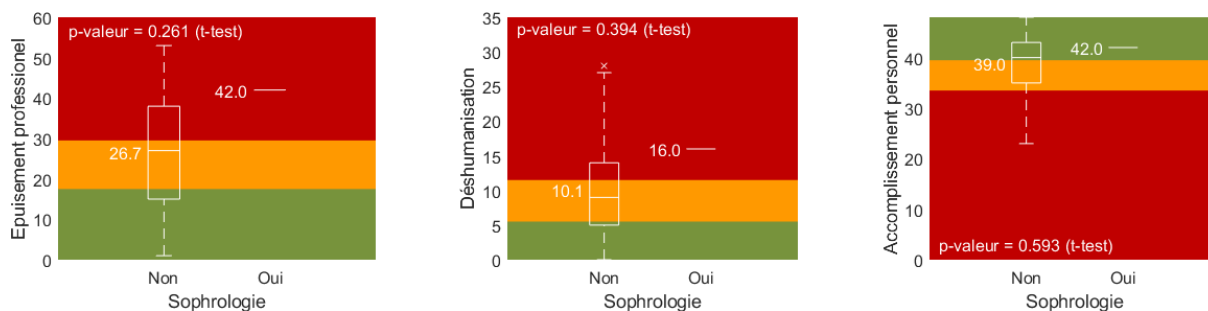


Figure 47. Scores MBI en fonction d'une pratique régulière de la sophrologie.

Il n'y a qu'un participant faisant de la sophrologie. Cela rend les résultats statistiquement non-significatifs pour cette mesure.

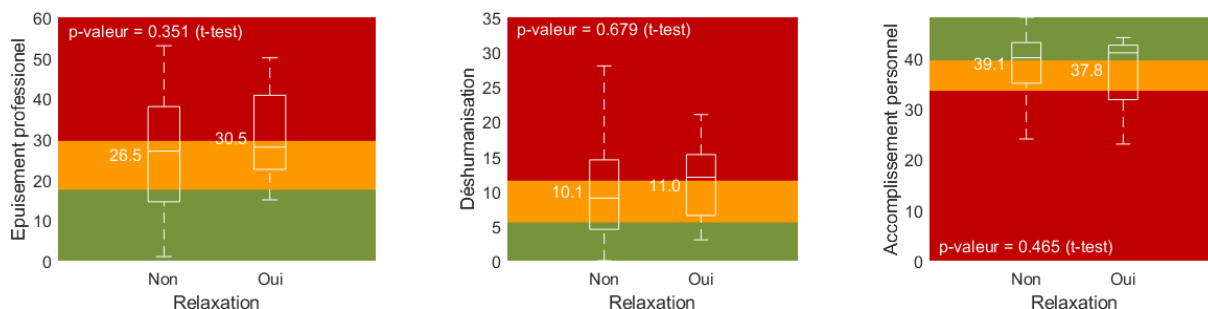


Figure 48. Scores MBI en fonction de la pratique régulière de techniques de relaxation.

Le nombre de participants pratiquant des techniques de relaxation de manière régulière est faible (seulement 11 participants). Cela explique probablement en partie pourquoi aucune relation entre technique de relaxation et burnout n'a pu être établie.

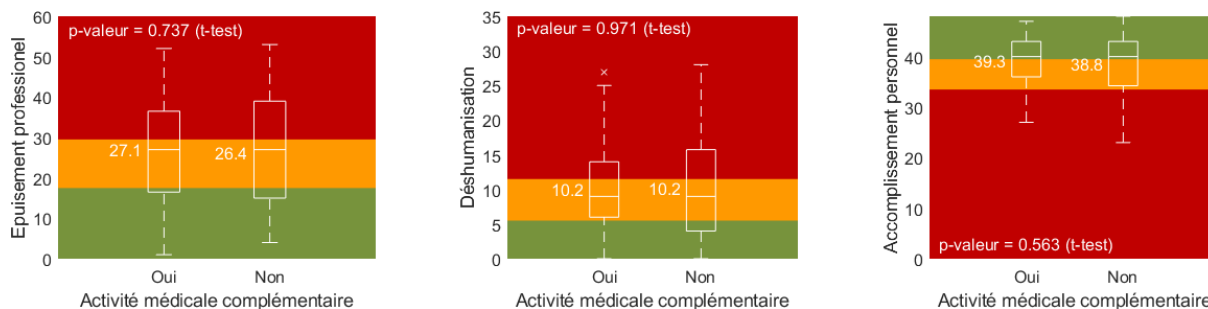


Figure 49. Scores MBI en fonction de l'exercice d'une activité médicale complémentaire.

Le fait d'exercer une activité médicale complémentaire ne semble pas influencer le score de burnout des participants.

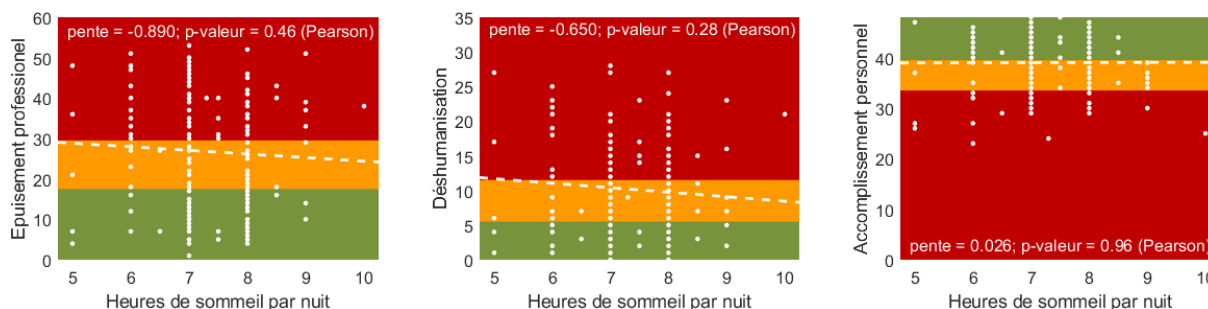


Figure 50. Scores MBI en fonction du nombre d'heures de sommeil dormies par nuit.

Les participants semblent avoir un SEP et un SD péjorés par l'augmentation du nombre d'heures passées à dormir. Cependant, cette relation n'est pas significative.

I. Tableau des idées anti-burnout proposées par les participants

Tableau 6. Idées anti-burnout des participants

Idée	Répétitions
Faire du sport	19
Éteindre son téléphone / le mettre en silencieux	16
Famille	12
Travailler en groupe	11
Discussion avec les pairs	11
Vacances régulières / longs weekends	11
Prendre du temps pour soi, pour ses loisirs	10
Amis	9
Secrétariat	9
Relativiser / lâcher prise	8
Apprendre à dire non	8
Jardinage, temps en extérieur	7
Prioriser, s'organiser, déléguer	7
Soutien et partage avec le conjoint	6
Consultations sur RDV	6
Travail à temps partiel	6
Ne pas parler médecine en dehors du travail	5
Assistant	5
Ne pas ramener de travail à la maison	5
Pleine conscience	5
Limiter ses horaires	5
Détente le weekend	4
Lecture	4
Limiter les visites à domicile	4
Limiter la patientèle	4
Faire une pause	3
Meilleur équilibre	3
Relaxation / respiration / cohérence cardiaque	3
1 après-midi de congé par semaine	3
Éducation des patients	3
Limiter les gardes	3
Limiter la surcharge administrative	3
Se faire coacher / consulter un psychologue	3
Yoga	2
Curiosité	2
Cinéma	2
Trouver du soutien et du sens	2
Culture	2
Reconnaître quand le stress et la pression montent	1
Danser	1
Moments seul	1
Discussions philosophiques	1
Autodérision	1
Cuisiner	1
Répartition équitable des tâches au sein du cabinet	1
Consultations téléphoniques en début de journée	1
Savoir se connaître	1
Changer de travail	1
Heures de sommeil	1
Formation continue	1
Thalassothérapie	1
Musique	1
Communication non violente	1