

Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge

KCE reports 165B

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé

Présentation : Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé est un parastatal, créé le 24 décembre 2002 par la loi-programme (articles 262 à 266), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, qui est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Conseil d'administration

Membres effectifs : Pierre Gillet (Président), Dirk Cuypers (Vice président), Jo De Cock (Vice président), Frank Van Massenhove (Vice président), Maggie De Block, Jean-Pierre Baeyens, Ri de Ridder, Olivier De Stexhe, Johan Pauwels, Daniel Devos, Jean-Noël Godin, Xavier De Cuyper, Paul Palstermans, Xavier Brenez, Rita Thys, Marc Moens, Marco Schetgen, Patrick Verertbruggen, Michel Foulon, Myriam Hubinon, Michael Callens, Bernard Lange, Jean-Claude Praet.

Membres suppléants : Rita Cuypers, Christiaan De Coster, Benoît Collin, Lambert Stamatakis, Karel Vermeyen, Katrien Kesteloot, Bart Ooghe, Frederic Lernoux, Leo Neels, Greet Musch, Geert Messiaen, Anne Remacle, Roland Lemeye, Annick Poncé, Pierre Smiets, Jan Bertels, Celien Van Moerkerke, Yolande Husden, Ludo Meyers, Olivier Thonon, François Perl.

Commissaire du gouvernement: Yves Roger

Direction

Directeur général Raf Mertens

Directeur général adjoint: Jean-Pierre Closon

Contact

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
Cité Administrative Botanique, Doorbuilding (10^{ème})
Boulevard du Jardin Botanique, 55
B-1000 Bruxelles
Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : info@kce.fgov.be

Web : <http://www.kce.fgov.be>

Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge

KCE reports 165B

PASCALE JONCKHEER, SABINE STORDEUR, GUY LEBEER, MICHEL ROLAND,
JAN DE SCHAMPHELEIRE, MARIANNE DE TROYER, NADINE KACENELENOGEN,
ANNE-MARIE OFFERMANS, JULIEN PIERART, LAURENCE KOHN

KCE reports I65B

- Titre :** Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge.
- Auteurs :** Pascale Jonckheer (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Guy Lebeer (Centre METICES, ULB), Michel Roland (CUMG-ULB), Jan De Schampheleire (Vakgroep Sociaal Onderzoek/TESA-VUB), Marianne De Troyer (Centre METICES, ULB), Nadine Kacenenbogen (CUMG-ULB), Anne-Marie Offermans (CUMG-ULB), Julien Pierart (KCE), Laurence Kohn (KCE)
- Experts externes :** Rufij BAEKE (SVH), Paul Beke (Ordre des médecins), Eric Boydens (Domus Medica), Lutgart Braeckman (UGent), Isabel Bragard (ULG), , Carl Cauwenbergh (Directie RDQ – DGV/INAMI), Philippe Corten (CHU Brugmann), Véronique Crutzen (SPF Emploi), Stéphanie De Maesschalck (Ordre des médecins), Michel Delbrouck (IFTS), Luc D’hooghe (Amonis), Anne Gillet (GBO), Isabelle Godin (ULB), Isabelle Hansez (ULG), Catherine Hellemans (ULB), Isabelle Heymans (FMM), Reinier Huetting (CARTEL), Claire Janssens (INAMI), Philippe Kiss (SECUREX), Manoël Le Polain (UCL), Luc Lefèbvre (SSMG), Roland Lemye (ABSYM), Claude Meert (CDMG), Patrick Mesters (EIRBO), Thomas Périlleux (UCL), Alain Piette (SPF Emploi - DIRACT), Didier Piquard (ULB), Fabienne PringelS (FAG Espace Santé), Lynn Ryssaert (UGent), Marco Schetgen (Cellule stratégique Min. L. Onkelinx), Mélanie Straetmans (SPF Emploi - DIRACT), Sabine Van Baelen (KUL), Dieter Vercammen (Domus Medica), Bernard Vercruysse (CFCMG – FRHAK), Michel Vermeylen (AMF - VVH – ABSYM), Peter Vlerick (UGent).
- Remerciements :** Gudrun Briat (KCE), Pasquale Ceniccola (Centre METICES, ULB), Valter Cortese (Centre METICES, ULB), Anja Desomer (KCE), Maria Eyssen (KCE), Karin Rondia, Peter Raeymaekers, Jo Robays (KCE), ainsi que les médecins généralistes ayant participé à la récolte de données.
- Validateurs externes :** Philippe Mairiaux (Ulg), Lieve Peremans (UA), Didier Truchot (Université de Franche-Comté).
- Conflits d’intérêt :** P. Mesters, Directeur de l’European Institute for Intervention and Research on Burn Out (EIRBO) a déclaré avoir mené des enquêtes dans des secteurs d’activité professionnels tels que bancaire, pharmaceutique et de la Confédération Nationale des Cadres dont les activités n’ont aucun impact sur les activités commanditées par le KCE dans le domaine du Burnout en médecine générale. Il organise également des conférences et séminaires pour la prévention et la gestion de l’épuisement professionnel dans le corps soignant. Dr Le Polain a déclaré être rémunéré par une société pharmaceutique pour des séminaires sur le burnout dans les Glem et/ou Dodécagroupe. I. Hansez de l’ULG a déclaré avoir reçu une compensation pour la conduite d’une recherche sur la prévalence du burnout en Belgique financée par le SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. L. d’Hooghe a déclaré être le président de la Commission Médicale Amonis mais ne siégeant pas dans le Conseil d’Administration. Di. Vercammen a déclaré être membre du Conseil d’Administration de l’ASBL Domus Medica. M. Delbrouck a déclaré avoir reçu des compensations pour la publication d’un livre sur le « Burn-out du soignant » et pour de nombreux articles concernant ce thème.

Disclaimer :

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Mise en Page: Ine Verhulst

Bruxelles, 10 octobre 2011

Etude n° 2010-17

Domaine: Health Services Research (HSR)

MeSH: Burnout, professional; Physician, Family; Belgium; Primary prevention; Secondary prevention; Therapeutics

Classification NLM: WM172

Langage: français

Format: Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal: D/2011/10.273/54

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/be/deed.fr>).

Comment citer ce rapport?

Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, Kacenenbogen N, Offermans AM, Pierart J, Kohn L. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 165B. D/2011/10.273/54



PREFACE

On entend parfois dire que les médecins sont les plus mauvais patients qui soient. Derrière cette sagesse populaire, la relation qu'entretient le médecin avec sa propre santé et la maladie, reste très complexe. Ceci n'est pas en soi un fait nouveau. Par contre, ce qui a fortement évolué, c'est le statut des médecins dans la société, et en particulier celui des médecins généralistes. De même, les attitudes et les attentes des patients ont changé, et ceux-ci se comportent de plus en plus comme des consommateurs assertifs. Ensuite, notons l'explosion des connaissances et des technologies en médecine, et les tâches administratives souvent lourdes. Tout ceci représente une constellation de facteurs qui ne facilitent pas la vie du médecin.

Bien que les taux de prévalence ne soient pas bien établis, un malaise indéniable se fait ressentir parmi les médecins généralistes, et l'épuisement professionnel est en Belgique, comme à l'étranger, un thème relayé de façon préoccupante. Le burnout a non seulement un impact sur la santé du médecin qui en est affecté, mais menace aussi indirectement la santé des patients. Il y avait dès lors de bonnes raisons pour les décideurs de s'en inquiéter. Quelques années auparavant, le Conseil National pour la Promotion de la Qualité s'était déjà penché sur cette problématique, et il était apparu qu'un travail plus approfondi était nécessaire.

Le rapport présenté ici aborde la problématique par le biais de différentes approches complémentaires: l'étude de la littérature scientifique, complétée par l'analyse des expériences de terrain, en Belgique et à l'étranger, ont permis de proposer un ensemble de pistes d'action, qui ont ensuite été discutées avec les acteurs impliqués. Le résultat n'a pu prendre une forme définitive que grâce à un processus intensif d'échanges avec une multitude d'acteurs impliqués, chacun avec son engagement et sa vision particulière. Ce fut une expérience très enrichissante, et ce, grâce à l'apport enthousiaste des équipes de la VUB et de l'ULB. Nous souhaitons leur exprimer nos remerciements et notre appréciation pour cette excellente coopération.

Le rapport formule un ensemble de recommandations pour la prévention et la prise en charge de l'épuisement professionnel des médecins généralistes. La prochaine étape est l'opérationnalisation des pistes proposées, mais ceci ne peut être fait que par les acteurs impliqués eux-mêmes. Et, enfin, nous osons espérer que ce travail - mutatis mutandis - peut également s'avérer utile pour élaborer une approche coordonnée de l'épuisement dans d'autres groupes professionnels. Un bon système de soins doit en effet aussi prendre soin de tous ses soignants.

Jean Pierre CLOSON
Directeur général adjoint

Raf MERTENS
Directeur général

Résumé

INTRODUCTION

L'épuisement professionnel, connu sous le terme de burnout, touche beaucoup de professionnels, quel que soit leur secteur d'activité.

Le burnout est un syndrome multifactoriel. Il s'agit d'un processus, habituellement décomposé en dimensions : l'**épuisement émotionnel** (manque de motivation et d'enthousiasme au travail et sensation que tout est insurmontable), la **dépersonnalisation** (attitude impersonnelle, détachée, voire cynique) et un sentiment d'**accomplissement personnel réduit** (perte d'estime de soi, sentiment d'inutilité et d'incompétence). Il perturbe la santé mentale et physique, les relations sociales et les activités professionnelles.

Aucune étude n'a à ce jour établi de manière robuste la prévalence de burnout chez les médecins en Belgique. La "Fédération des maisons médicales" estimait en 2005 que 10% des médecins généralistes étaient en burnout^a. Cette estimation n'est pas surprenante puisque les médecins sont des candidats potentiellement vulnérables au burnout, en raison de la nature même de leur travail, de la relation avec les patients, dont les attentes et les demandes s'accroissent et dépassent régulièrement la sphère médicale (problèmes sociaux, familiaux, économiques), de leur engagement professionnel très fort et de la nécessité d'assurer la continuité du service à la population, envers et contre tout. De plus, les médecins généralistes tendent à négliger leur bien-être personnel, y compris leur propre santé, à nier leurs problèmes, à s'auto-traiter et se montrent réticents à consulter leurs pairs. Enfin, la majorité d'entre eux étant indépendants, ils n'ont pas accès à des structures de médecine préventive, telle que la médecine du travail, et hésitent à interrompre leur activité professionnelle pour raisons de santé vu la difficulté de se faire remplacer et le risque de subir une perte de revenus non compensée.

Or, si la santé des médecins généralistes est primordiale pour eux-mêmes, elle représente aussi un enjeu pour la société, tant pour la qualité des soins délivrés que pour garantir la continuité des soins à leur patientèle. En effet, les médecins généralistes, intervenant en première ligne, ont pour mission d'assurer la gestion de la majorité des problèmes de santé de la population, sur les plans préventif et curatif. Outre la souffrance personnelle qu'il subit, un médecin généraliste en burnout sera moins à même d'accomplir adéquatement ses tâches professionnelles : il adoptera une attitude négative envers ses patients, et risquera de commettre des erreurs médicales ... Dans les cas les plus sévères, il sera contraint d'arrêter d'exercer la médecine, temporairement ou définitivement. La surcharge de travail occasionnée par son absence augmentera par ricochet le risque de burnout de ses confrères, dans la mesure où ils devront assumer une patientèle supplémentaire.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette étude est de proposer une série de recommandations en termes de prévention et de prise en charge du burnout des médecins généralistes.

Les recommandations focalisées sur ce groupe professionnel particulier pourraient servir de base aux réflexions sur la prévention et la prise en charge du burnout chez d'autres professionnels de la santé.

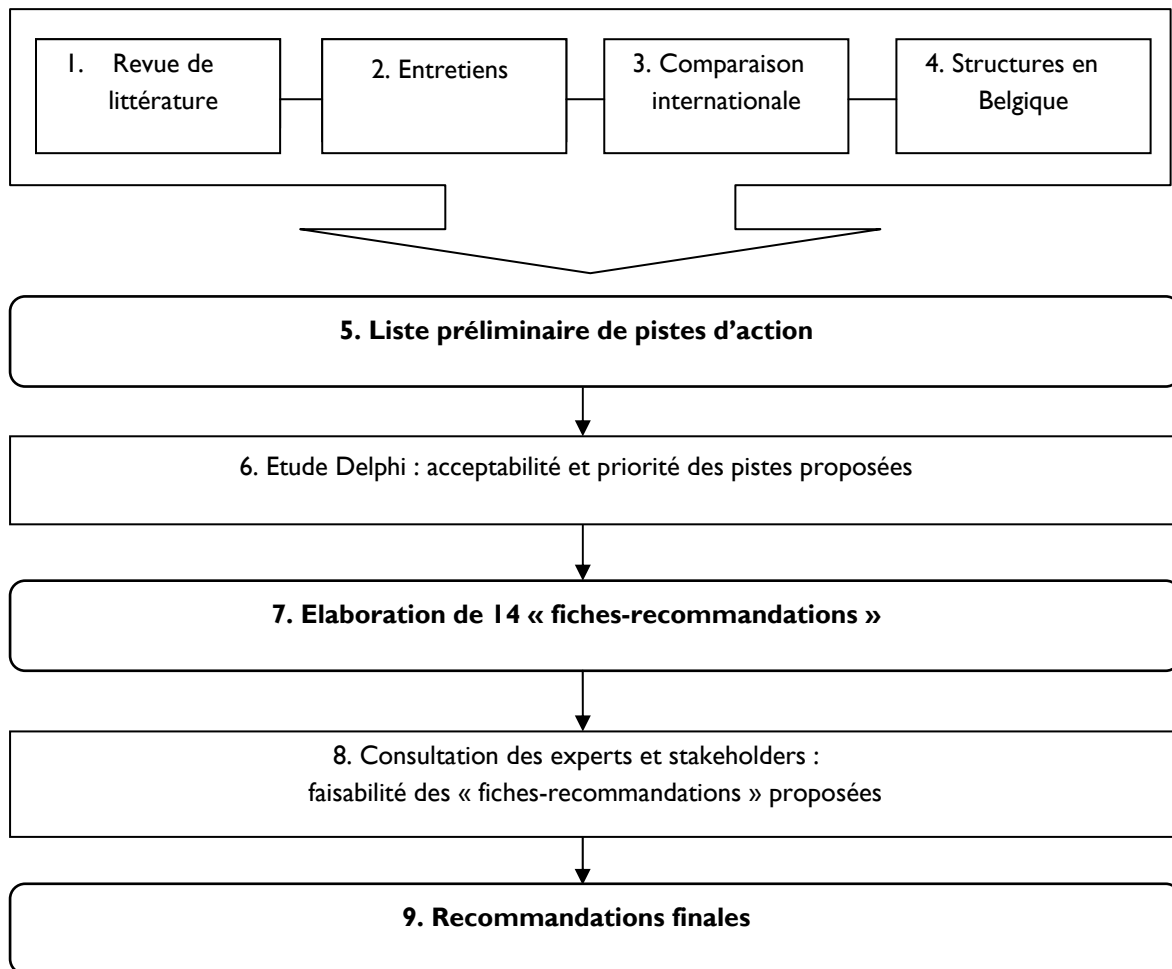
^a Fédération des Maisons Médicales. Le burn-out: quand s'ouvrent les portes du vide... Santé Conjuguée. 2005; Avril 2005(32).

ETAPES DE RECHERCHE ET MÉTHODES

Pour répondre à l'objectif fixé, neuf étapes ont été réalisées, chacune grâce à une méthode de travail spécifique :

1. Pour répertorier les facteurs associés au burnout des médecins généralistes ainsi que pour identifier les interventions de prévention ou de prise en charge du burnout qui ont fait l'objet d'une évaluation, nous avons réalisé une **revue systématique de la littérature scientifique indexée** ;
2. Pour comprendre ce que vivent les médecins confrontés à une situation de burnout et le trajet de vie de ceux qui en ont souffert^b, nous avons mené une **étude qualitative par entretiens** auprès de 40 médecins généralistes belges qui étaient ou avaient été en burnout ;
3. Pour identifier et proposer des pistes d'action pour la Belgique, nous avons réalisé une **étude comparative des structures de prévention et de prise en charge** du burnout des médecins mises en place **à l'étranger** (Australie, Canada, Espagne, France, Irlande, Norvège, Suisse, et Royaume-Uni) ;
4. Pour identifier les appuis possibles aux pistes d'action qui seront formulées, nous avons mené une **étude descriptive des structures de prévention et de prise en charge du burnout existant en Belgique** ;
5. Une **liste préliminaire de toutes les pistes d'action** potentielles a été élaborée par les équipes de recherche sur base des enseignements tirés lors des 4 premières étapes du processus ;
6. Pour tester l'acceptabilité et la priorité accordées aux propositions formulées lors de la 5^{ème} étape, nous avons mené une **étude Delphi^b** auprès d'un échantillon de 59 médecins généralistes tout venant ;
7. Quatorze « **fiches-recommandations** » ont été élaborées par les équipes de recherche, tenant compte de l'ensemble des résultats obtenus précédemment (étape 1 à 4 et Delphi) ;
8. Pour évaluer la faisabilité de ces 14 « **fiches-recommandations** » et identifier les points qui mériteraient une attention particulière lors de leur concrétisation, nous avons organisé un **atelier de discussion avec un panel d'experts et de stakeholders** ;
9. Sur base des discussions de l'étape 8, nous avons formulé la liste des **recommandations finales**.

^b Un avis favorable relatif aux collectes de données qualitatives (entretiens et technique Delphi) a été émis par le Comité d'éthique ULB-Erasme le 17 août 2010



RÉSULTATS

FACTEURS ASSOCIÉS AU BURNOUT CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La littérature indique que les facteurs associés au burnout sont nombreux et qu'ils peuvent être classés en 3 catégories:

- Les **facteurs individuels**, tels que les caractéristiques socio-démographiques des médecins (sexe, âge, statut marital, nombre d'enfants, etc.), leur parcours professionnel, leurs caractéristiques psychologiques, leur consommation de substances addictives, la manière dont ils gèrent leur stress et le support social dont ils bénéficient ou non ;
- Les **facteurs intrinsèques**, liés à la pratique de la médecine. Ils concernent les relations avec les patients, la responsabilité dans l'établissement d'un diagnostic, le choix d'un traitement, la prise de décisions médicales, souvent comme autorité isolée, et les facteurs relatifs au stress professionnel ;
- Les **facteurs extrinsèques**, liés à l'environnement de travail et à l'organisation de la profession. Il s'agit des facteurs relatifs à la charge de travail, à l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, à la formation continuée, aux relations avec les autres professionnels de la santé, à l'organisation et au lieu de la pratique, aux aspects financiers et juridiques et enfin au système de soins de santé dans lequel le médecin généraliste évolue.

Il faut souligner que les liens de causalité entre ces facteurs et la survenue d'un burnout ne sont pas clairement établis, et qu'il convient davantage de parler d'association.

PISTES D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU BURNOUT CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La littérature scientifique fournit une liste d'interventions potentielles sur le burnout des médecins généralistes. Rares sont les interventions évaluées. Elles visent majoritairement à développer les compétences personnelles ou à modifier certaines caractéristiques de personnalité. Or, il apparaît que les interventions visant l'organisation du travail ou combinées à des interventions centrées sur la personne ont un effet à plus long terme.

Les expériences étrangères nous apprennent qu'une prise en charge efficace s'insère dans une stratégie globale qui assure un continuum d'interventions depuis la promotion de la santé (ciblant les problèmes systémiques et la qualité du milieu de travail), la prévention primaire (ciblant les risques possibles de survenue des problèmes, au niveau individuel), la prévention secondaire (dépistage précoce des problèmes qui s'installent et intervention) jusqu'à la prise en charge curative (traitement de problèmes établis) et au suivi (stabilisation de l'état de la personne, abstinence de consommations de substances addictives, réinsertion dans la vie professionnelle...). Ainsi différents seuils d'accès et différents types et lieux de prise en charge interagissent :

Au 1er niveau, on trouve souvent une structure d'**accueil** et de **triage** disponible 24h/24, 7j/7 (comme un numéro de téléphone par exemple). Celle-ci assure :

- l'établissement de diagnostics différentiels incluant le burnout, les troubles de la personnalité, la dépression, les autres souffrances d'ordre psychosocial, les addictions et les troubles anxieux, de l'humeur et d'adaptation ;
- une activité de conseil ;
- le cas échéant, des activités d'éducation et de promotion de la santé et du bien-être au travail.

Le 2ème niveau prévoit des dispositifs de **coordination des soins**, de 'case management', ne délivrant eux-mêmes ni traitement ni activité spécifique de conseil mais devant référer les médecins en souffrance vers un réseau de professionnels pour une prise en charge adaptée à la nature des problèmes identifiés.

Le 3ème niveau consiste en un dispositif de **traitement**, comprenant un réseau d'intervenants spécialisés mis en place pour prendre en charge les médecins malades, éventuellement en milieu institutionnalisé.

Le programme PHP ('Physician Health Program), né aux Etats-Unis et adapté dans plusieurs provinces canadiennes, en Australie, en Espagne et au Royaume-Uni constitue notamment un programme de référence dans la prise en charge thérapeutique des médecins malades.

En Belgique, il n'existe actuellement aucun programme spécifique de prise en charge globale du burnout des médecins généralistes. Les initiatives existantes soit ne se focalisent pas spécifiquement sur le burnout : elles couvrent la santé mentale au sens large, soit ne ciblent pas les médecins généralistes mais s'adressent à un public plus large, soit se concentrent sur la prévention.

De manière générale, les pistes d'action identifiées peuvent être catégorisées selon les six domaines de déséquilibre générateurs de burnout décrits par Maslach et Leiter^c que nous avons adaptés au monde de la médecine générale: les valeurs, le rapport obligation/protection, le support, le contrôle sur l'activité professionnelle, la reconnaissance et le surmenage.

^c Maslach C, Leiter MP. Burn-out: le syndrome d'épuisement professionnel. Paris: Editions des Arènes; 2011.

RECOMMANDATIONS^d

Les recommandations qui suivent sont basées sur les résultats de la littérature scientifique, sur les entretiens de médecins, sur les expériences belges et internationales et sur l'appréciation des répondants à l'étude Delphi. Elles ont été validées par un panel de stakeholders et d'experts. Cependant, l'efficacité attendue de ces pistes d'action ne peut être estimée, étant donné le manque d'évaluation disponible des interventions possibles.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

- **La prévention est primordiale, sachant qu'un burnout installé est difficile à guérir de manière totale et définitive.**
- **Les actions menées doivent relever d'une stratégie globale répartie dans le temps et combinant des approches individuelles et organisationnelles.**
- **En fonction des recommandations, différents acteurs peuvent être concernés plus ou moins directement : les médecins à titre individuel, les associations scientifiques et professionnelles, les universités, les instances de gestion et de décision dont le SPF Santé publique, le SPF Emploi, les Communautés et l'INAMI, l'Ordre des médecins, les mutualités et les associations de patients.**

d Le KCE reste seul responsable des recommandations faites aux autorités publiques

RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE PREVENTION

	Facteurs ciblés		
	Individuels	Liés à la pratique médicale	Liés à l'organisation du système de soins de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Désamorcer les conflits de valeurs par des approches individuelles ou collectives en identifiant les valeurs qui peuvent être contradictoires : confiance en ses collègues, responsabilisation des patients, évaluation de sa pratique, qualité de vie, De la mise en débat public de ces conflits de valeurs dépend une meilleure acceptabilité de certaines pistes d'action. 	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrer les obligations et protections professionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ○ En organisant une prise en charge de la santé des médecins généralistes. Deux pistes sont possibles, dont la seconde est à privilégier : <ol style="list-style-type: none"> 1 - inciter les médecins à avoir leur propre médecin généraliste. Ce médecin référent devrait être spécialement formé à suivre un confrère et devrait être extérieur au cercle amical ou à la zone d'activité du généraliste ; 2 - instaurer un programme de prévention, dépistage, bilan de santé régulier, basé sur le fonctionnement de la médecine du travail. La participation à ce programme pourrait éventuellement être obligatoire ; ○ En améliorant les protections sociales des médecins généralistes (notamment en cas de maladie) et en facilitant les remplacements. 	X		X X

	Facteurs ciblés		
	Individuels	Liés à la pratique médicale	Liés à l'organisation du système de soins de santé
<ul style="list-style-type: none"> ● Pallier le manque de support confraternel : <ul style="list-style-type: none"> ○ En créant un groupe de réflexion sur le support confraternel. Ce groupe aurait pour mission de trouver les moyens d'inciter et de soutenir les groupes d'entraide et de renforcer le tissu social entre confrères ; ○ En poursuivant les initiatives des autorités belges concernant l'encouragement à la pratique de groupe ou à la mise en réseau des pratiques solos. Un mécanisme de gestion des conflits devrait être prévu afin d'éviter que le groupe ne soit lui-même une source de burnout. ● Pallier le manque de contrôle du médecin généraliste sur son activité professionnelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ En soutenant les médecins généralistes dans la gestion de leur temps et des priorités par du coaching ou des formations, et en repensant l'obligation de déplacement des médecins généralistes ; ○ En sensibilisant les patients afin que leurs attentes soient plus réalistes, via différents canaux de communication dont les médias, les associations de patients et les mutualités et en recourant à la réalisation d'une charte patient/médecin et/ou d'une brochure présentant le fonctionnement du cabinet médical (solo, monodisciplinaire ou pluridisciplinaire) ; ○ En parallèle, les médecins devraient apprendre à refuser les demandes inadéquates des patients et les autorités devraient clarifier le rôle de la médecine générale dans le système des soins de santé. ○ Il serait nécessaire également de renforcer la formation à la relation et à la communication dès le début et tout au long des études de médecine. 	X	X	X
		X	X
	X	X	X
	X	X	X
	X	X	X

	Facteurs ciblés		
	Individuels	Liés à la pratique médicale	Liés à l'organisation du système de soins de santé
<ul style="list-style-type: none"> ● Pallier le manque de reconnaissance de la médecine générale (voir également les recommandations du rapport KCE 90 relatif à l'attractivité de la médecine générale) <ul style="list-style-type: none"> ○ En poursuivant les efforts assurés par les autorités publiques pour la reconnaissance du rôle de la médecine générale par les patients, les décideurs et les autres professionnels de la santé. Ceci passe par une valorisation de la médecine générale tôt dans le cursus de formation, par une stimulation du partage des données médicales entre généralistes et spécialistes et par une augmentation de l'attractivité de la profession via une diversification des activités (recherche, médecine scolaire, etc.) ; ○ En poursuivant les efforts assurés par les autorités publiques pour une rémunération adéquate des médecins généralistes ; en adaptant la rémunération pour les consultations complexes et en limitant les pertes de revenus dues à la participation à des formations continues en journée. ● Eviter le surmenage <ul style="list-style-type: none"> ○ En soutenant des mesures concrètes pour permettre de diminuer la charge administrative des médecins généralistes par l'aide à la mise en place d'un secrétariat, même pour les pratiques solo, et en simplifiant et informatisant les démarches administratives ; ○ En élaborant une stratégie d'aide à la prise en charge des patientèles lourdes et des situations complexes par un soutien individuel (par exemple par du coaching) ou la mise à disposition de structures d'appui, et par une rémunération adaptée ; ○ En concevant et en mettant en place des services de garde bien organisés (voir à ce sujet les recommandations formulées dans le rapport KCE relatif aux gardes à paraître fin 2011) ; ○ En encourageant les médecins à utiliser des techniques de gestion du stress dès leur formation. 		X	X
			X
	X	X	X
			X
	X	X	

RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE

- **Le programme de prise en charge devrait assurer le continuum de l'intervention depuis la promotion de la santé jusqu'à la prise en charge curative et au suivi.**
- **Le programme devrait prévoir différents seuils d'accès et différents types et lieux de prise en charge dont l'existence devrait être communiquée à l'ensemble des médecins. Des séjours résidentiels pourraient être prévus.**
- **La prise en charge devrait être assurée par des équipes multidisciplinaires, de manière à offrir une approche globale incluant les multiples aspects problématiques (médicaux, relationnels, sociaux, juridiques, financiers, continuité de la pratique,...).**
- **La filière thérapeutique devrait être distincte de la filière de sanction au cas où un médecin en souffrance ne pourrait plus fonctionner de manière optimale (suite à des problèmes d'assuétudes, par exemple), cela afin de ne pas le décourager à requérir de l'aide. L'entièreté du réseau de prise en charge devrait en conséquence être bienveillante et protéger le médecin d'une dénonciation quelconque auprès des instances de régulation.**
- **Il faudrait prévoir un programme de réinsertion professionnelle (retour à l'activité professionnelle antérieure ou réorientation) et un suivi régulier des médecins, en particulier dans le cas d'assuétudes.**

Scientific Summary

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
1 INTRODUCTION	7
2 OBJECTIF DE L'ÉTUDE	9
3 ETAPES DE LA RECHERCHE ET MÉTHODES	9
4 DEFINITION DU BURNOUT	11
5 REVUE DE LA LITTÉRATURE : LES FACTEURS ASSOCIÉS AU BURNOUT CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES EXPÉRIENCES DE PRÉVENTION OU PRISE EN CHARGE PUBLIÉES	13
5.1 OBJECTIFS DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	13
5.2 METHODOLOGIE DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	13
5.2.1 Bases de données consultées.....	13
5.2.2 Stratégies de recherche	13
5.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	13
5.2.4 Sélection des articles	14
5.2.5 Analyse	14
5.3 RESULTATS DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	14
5.3.1 Les facteurs liés au burnout.....	15
5.3.2 Prévention et prise en charge du burnout.....	18
5.3.3 Analyse des résultats : articulation des facteurs d'épuisement professionnel et des interventions pour le prévenir ou y remédier.....	25
5.3.4 Facteurs de succès des interventions relatives au burnout.....	29
5.4 CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES.....	30
6 ENTRETIENS AVEC DES GÉNÉRALISTES CONCERNÉS PAR LA PROBLÉMATIQUE DU BURNOUT	32
6.1 OBJECTIF DES ENTRETIENS	32
6.2 METHODOLOGIE DES ENTRETIENS.....	32
6.2.1 Echantillon et recrutement des participants.....	32
6.2.2 Outil de collecte : guide d'entretien	33
6.2.3 Traitement et analyse.....	33
6.3 RÉSULTATS DES ENTRETIENS.....	34
6.3.1 Echantillon observé.....	34
6.3.2 Contexte d'entretien et perception du burnout par les MG interrogés	34
6.3.3 Perceptions du burnout par les médecins généralistes concernés.....	36
6.3.4 Synthèse des propositions de prévention et de prise en charge du burnout	36
6.4 CONCLUSION.....	39
7 COMPARAISON INTERNATIONALE DES PROGRAMMES DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES MÉDECINS	42
7.1 OBJECTIF DE LA COMPARAISON INTERNATIONALE	42
7.2 METHODOLOGIE DE LA COMPARAISON INTERNATIONALE.....	42
7.2.1 Sélection des pays pour la comparaison internationale	42
7.2.2 Bases de données consultées.....	42
7.2.3 Analyse	43
7.3 LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES MÉDECINS.....	43
7.3.1 Contexte historique	43
7.3.2 Trois types de public	45
7.3.3 La prise en charge du burnout	45
7.4 TROIS DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES MÉDECINS.....	46
7.4.1 Dispositifs à bas seuil d'accès.....	46
7.4.2 Dispositifs de coordination de soins	47
7.4.3 Dispositifs de traitement	48
7.5 DEUX ACTEURS INCONTOURNABLES.....	49

7.5.1	La profession médicale.....	49
7.5.2	Les instances médicales de régulation	49
7.6	UN PROGRAMME DE REFERENCE POUR LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE : LE PHP	50
7.6.1	Objectifs du PHP	51
7.6.2	Les principales sources de référencement.....	51
7.6.3	Le budget et le personnel impliqué	51
7.6.4	Evaluation.....	52
7.6.5	Adaptations locales du modèle.....	52
7.7	DISCUSSION.....	54
8	LES INTERVENTIONS DE PRISE EN CHARGE DU BURNOUT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN BELGIQUE.....	57
8.1	OBJECTIF DE LA DESCRIPTION DES INTERVENTIONS EN BELGIQUE.....	57
8.2	MÉTHODOLOGIE DE LA DESCRIPTION DES INTERVENTIONS EN BELGIQUE	57
8.2.1	Sélection des interventions	57
8.2.2	Sources de données consultées	57
8.2.3	Analyse	57
8.3	ETAT DES LIEUX PRELIMINAIRE DE LA SITUATION EN BELGIQUE.....	58
8.3.1	Un manque de données	58
8.3.2	Un manque de structure.....	58
8.3.3	Un manque de spécificité.....	58
8.4	ANALYSE DES INITIATIVES EXISTANTES.....	59
8.4.1	Spécificité des structures existantes.....	59
8.4.2	Comparaison des structures existantes	59
8.4.3	Comparaison des structures existantes avec les programmes internationaux dédiés aux médecins	61
9	ENQUÊTE DELPHI : ACCEPTABILITÉ ET PRIORITÉ DES ACTIONS POSSIBLES PAR UN PANEL DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	64
9.1	OBJECTIF DE L'ENQUÊTE DELPHI	64
9.2	MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE DELPHI.....	64
9.2.1	Design général.....	64
9.2.2	Echantillon et recrutement des participants.....	64
9.2.3	Outils de collecte : les questionnaires	65
9.2.4	Mode de passation des questionnaires	67
9.2.5	Traitement des données	68
9.2.6	Nombre de tours Delphi.....	68
9.2.7	Les seuils de consensus et critères de soumission au second tour.....	68
9.2.8	Critères de sélection pour le 2ème tour	68
9.3	RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DELPHI	70
9.4	DISCUSSION.....	73
10	CONSULTATION DES EXPERTS ET DES STAKEHOLDERS: EVALUATION DES PISTES D'ACTION DEVANT MENER A DES RECOMMANDATIONS	75
10.1	OBJECTIF DE LA CONSULTATION	75
10.2	LE CHOIX DES EXPERTS ET STAKEHOLDERS	75
10.2.1	Choix des experts.....	75
10.2.2	Choix des stakeholders	75
10.2.3	Composition du panel final.....	75
10.3	MÉTHODOLOGIE DE LA CONSULTATION.....	76
10.3.1	Participants à la journée de consultation	76
10.3.2	Matériel	76
10.3.3	Déroulement de la journée.....	77
10.3.4	Utilisation des résultats.....	77
10.4	RÉSULTATS DE LA CONSULTATION.....	77
10.4.1	Synthèse des débats.....	77

10.4.2	Appréciation du panel d'experts et stakeholders quant à la priorité, l'acceptabilité et la faisabilité de chaque recommandation.....	81
II	RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : FICHES-RECOMMANDATIONS POUR PRÉVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LE BURNOUT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES..	83
11.1	INITIATIVES POUR EQUILIBRER OBLIGATIONS ET PROTECTIONS PROFESSIONNELLES	83
11.1.1	Etablir un programme d'aide destiné spécifiquement aux médecins généralistes en burnout	83
11.1.2	Organiser un service de santé pour les médecins généralistes	85
11.1.3	Améliorer les protections sociales des médecins généralistes.....	86
11.2	INITIATIVE POUR DESAMORCER LES CONFLITS DE VALEURS.....	87
11.2.1	Susciter une réflexion sur les valeurs qui sous-tendent le travail des médecins généralistes.....	87
11.3	INITIATIVES POUR PALLIER LE MANQUE DE SUPPORT CONFRATERNEL	88
11.3.1	Créer un groupe de réflexion sur le support confraternel.....	88
11.3.2	Poursuivre les initiatives des Autorités belges concernant l'encouragement a la pratique de groupe et a la pratique en réseau	88
11.4	INITIATIVES POUR PALLIER LE MANQUE DE CONTRÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE SUR SON ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	89
11.4.1	Soutenir les médecins généralistes dans la gestion du temps et des priorités.....	89
11.4.2	Sensibiliser les patients afin que leurs attentes soient plus réalistes.....	90
11.5	INITIATIVES POUR PALLIER LE MANQUE DE RECONNAISSANCE DE LA MEDECINE GENERALE.....	91
11.5.1	Poursuivre les efforts assurés par les autorités publiques pour la reconnaissance du rôle de la médecine générale	91
11.5.2	Poursuivre les efforts assurés par les autorités publiques pour améliorer la rémunération des médecins généralistes.....	92
11.6	INITIATIVES POUR ÉVITER LE SURMENAGE.....	93
11.6.1	Soutenir des mesures concrètes pour permettre de diminuer la charge administrative des médecins généralistes	93
11.6.2	Elaborer une stratégie de soutien de la prise en charge des patientèles lourdes et des situations complexes	94
11.6.3	Concevoir et mettre en place des services de garde bien organisés afin de soulager les médecins généralistes des gardes individuelles tout en garantissant la continuité des soins en milieu ambulatoire	94
11.6.4	Encourager les médecins à utiliser des techniques de gestion du stress.....	95
12	SYNTHESE GENERALE: UNE APPROCHE GLOBALE POUR FAVORISER UN ENGAGEMENT PROFESSIONNEL EQUILIBRE	96
12.1	CONTEXTE ET METHODES	96
12.1.1	Le burnout : une menace pour les médecins généralistes et pour la santé publique	96
12.1.2	Objectifs de l'étude.....	97
12.1.3	Qu'est-ce que le burnout ?	97
12.1.4	Comment le KCE a-t-il abordé la problématique ?.....	98
12.2	QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES ?.....	100
12.3	PISTES D'ACTION POUR LA PREVENTION	100
12.3.1	Désamorcer les conflits de valeurs	101
12.3.2	Equilibrer les obligations et protections professionnelles	102
12.3.3	Pallier le manque de support confraternel.....	104
12.3.4	Pallier le manque de contrôle du médecin généraliste sur son activité professionnelle.....	105
12.3.5	Pallier le manque de reconnaissance de la médecine générale.....	106
12.3.6	Eviter le surmenage.....	107
12.4	PISTES D'ACTION POUR LA PRISE EN CHARGE	109
12.4.1	Le 1 ^{er} niveau, une porte d'entrée aisée et qui oriente	110
12.4.2	Le 2 ^{ème} niveau, la coordination des soins	110
12.4.3	Le 3 ^{ème} niveau, le dispositif de traitement	110
12.4.4	Une filière bienveillante et protégée	111

12.4.5	Une réinsertion professionnelle préparée.....	111
12.4.6	Vers un Programme d'Aide Intégrale.....	111
12.5	AVANT D'AGIR : QUELQUES GRANDS PRINCIPES A GARDER EN MEMOIRE.....	111
13	RÉFÉRENCES.....	113

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAPML	Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux
AMA	American Medical Association
ABSyM	Association Belge des Syndicats Médicaux
AP	Accomplissement personnel
ASGB	Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België
BMA	British Medical Association
CFCMG	Confédération des Cercles de Médecins Généralistes
CITES	Centre d'Information, de Thérapeutiques et d'Etudes sur le Stress
CMA	Canadian Medical Association
CNPQ	Conseil National de Promotion de la Qualité
CUMG	Centre Universitaire de Médecine générale
D	Dépersonnalisation
DMG	Dossier Médical Global
EE	Epuisement émotionnel
EQUIP	European Society for Quality in General/Family Practice
FAG	Forum des Associations de Généralistes
FMH	Fédération des Médecins suisses
FMM	Fédération des Maisons Médicales
GBO	Groupement Belge des Omnipraticiens
GHQ	General Health Questionnaire
GLEM	Groupes Locaux d'évaluation Médicale
GP	General Practitioner (Médecin Généraliste)
HIPP	Health in Practice Programme
ICGP	Irish College of General Practitioners
IFTS	Institut de formation et de thérapie pour soignants (
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
LPMED	Loi sur les Professions Médicales
MAP	Manque d'accomplissement personnel
MBI	Maslach Burnout Inventory
MG	Médecin généraliste
NHS	National Health Service
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAIMM	Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade
PAMQ	Programme d'Aide aux Médecins du Québec

PHP	Physician Health Programme
SPF	Service Public Fédéral
SVH	Syndicaat van Huisartsen (Association des Médecins de Famille)
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UCL	Université catholique de Louvain
UGent	Universiteit Gent
ULB	Université Libre de Bruxelles
ULg	Université de Liège
VDHP	Victorian Doctors Health Program
VUB	Vrije Universiteit Brussel

I INTRODUCTION

Selon une enquête menée par le SPF Emploi, 0,8% de la population active seraient diagnostiqués en état de burnout par leur médecin généraliste, soit près de 19 000 travailleurs en Belgique¹.

La “Fédération des maisons médicales” estimait en 2005 que 10% des médecins généralistes étaient eux-mêmes en burnout².

Certains auteurs ont comparé les prévalences de burnout entre les médecins généralistes et d'autres professionnels de santé. Il apparaît que les médecins généralistes affichent plus de symptômes de burnout qu'un échantillon d'infirmières (Pays-Bas)³, que des psychiatres résidents (Etats-Unis)⁴, ou que des oncologues et pédiatres (Suisse francophone)⁵.

Le burnout, ou épuisement professionnel, est une problématique préoccupante, qui touche beaucoup de professionnels, quel que soit leur secteur d'activité. Plusieurs éléments concourent à rendre cette **problématique prégnante chez les médecins généralistes** :

- Les médecins sont des candidats potentiellement vulnérables au burnout, en raison de la nature même de leur travail, de la relation avec les patients, dont les attentes et les demandes s'accroissent, et dépassent régulièrement la sphère médicale (problèmes sociaux, familiaux, économiques), de leur engagement professionnel très fort et de la nécessité d'assurer la continuité du service à la population, envers et contre tout^{6,7}.
Le climat de compétition, le manque de sommeil, la charge de travail etc. instaurés dès les études est source de stress chez les médecins déjà au cours de leur formation⁸.
- Les médecins accordent une attention sous-optimale à leur bien-être : ils n'écoutent pas leurs besoins et leurs faiblesses⁶ et n'ont pas tendance à chercher de l'aide auprès d'autres professionnels de la santé. Ils négligent les examens de dépistage et de diagnostic et repoussent le début des traitements. Nombreux sont les médecins sans médecin de famille⁹.
- Les médecins peuvent présenter d'autres caractéristiques personnelles, facteurs potentiels de burnout, comme le perfectionnisme et le besoin de contrôle, ce dernier étant remis en cause par le regard des patients ces dernières années⁶.
- Le burnout est une souffrance pour les généralistes concernés. Outre les problèmes de santé physique et mentale qu'il génère, le burnout engendre chez le médecin qui en est affecté de considérables conséquences sociales. Ceux-ci méritent comme tout travailleur, d'être aidés et de bénéficier d'une politique globale de prévention et de prise en charge efficace.
- Enfin, la majorité d'entre eux étant indépendants, ils n'ont pas accès à des structures de médecine préventive, telle que la médecine du travail et hésitent à interrompre leur activité professionnelle pour raisons de santé au risque de ne pas garantir la continuité des soins et de subir une perte de revenus non compensée.

La prévention et la prise en charge du burnout des médecins généralistes figurent aujourd'hui en bonne place dans l'agenda des **priorités de santé publique** parce que, outre les problèmes que les médecins généralistes en burnout encourent personnellement et pour leurs proches :

- Ils ont pour mission la gestion de la toute grande majorité des problèmes de santé de la population générale, tant d'un point de vue préventif que curatif. Or, un généraliste souffrant de burnout est moins à même d'accomplir adéquatement ses tâches professionnelles.
- Dans les cas les plus sérieux, ils peuvent arrêter temporairement de travailler, voire abandonner la profession. Dans un contexte de faible densité médicale dans certaines aires géographiques du pays, il convient de mettre tout en œuvre pour attirer et retenir les médecins dans la profession.

Afin de garder ses médecins généralistes en bonne santé, assurer la sécurité des patients et en raison de la particularité de ce type de professionnel de la santé, le groupe de travail du CNPQ de l'INAMI, après une première réflexion sur le sujet, a demandé à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de charger le KCE de réaliser la présente étude.

2 OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette étude est de proposer une série de recommandations en termes de prévention et de prise en charge du burnout des médecins généralistes.

Les recommandations focalisées sur ce groupe professionnel particulier pourraient servir de base aux réflexions sur la prévention et la prise en charge du burnout chez d'autres professionnels de la santé.

3 ETAPES DE LA RECHERCHE ET MÉTHODES

Pour répondre à l'objectif fixé, neuf étapes successives ont été réalisées, chacune grâce à une méthode de travail spécifique :

1. Pour répertorier les facteurs associés au burnout des médecins généralistes ainsi que pour identifier les interventions de prévention ou de prise en charge du burnout qui ont fait l'objet d'une évaluation, nous avons réalisé une **revue systématique de la littérature** scientifique indexée ;
2. Pour comprendre ce que vivent les médecins confrontés à une situation de burnout et le trajet de vie des personnes qui en ont souffert, nous avons mené une **étude qualitative par entretiens** auprès de 40 médecins généralistes belges qui étaient ou avaient été en burnout ;
3. Pour identifier et proposer des pistes d'action pour la Belgique, nous avons réalisé une **étude comparative des structures de prévention et de prise en charge** du burnout des médecins mises en place à **l'étranger** (Australie, Canada, Espagne, France, Irlande, Norvège, Suisse, et Royaume-Uni) ;
4. Pour identifier les appuis possibles aux pistes d'action qui seront formulées, nous avons mené une **étude descriptive des structures de prévention et de prise en charge du burnout existant en Belgique** ;
5. Une **liste préliminaire de toutes les pistes d'action** potentielles a été élaborée par les équipes de recherche sur base des enseignements tirés lors des 4 premières étapes du processus ;
6. Pour tester l'acceptabilité et la priorité accordée aux propositions formulées lors de la 5^{ème} étape, nous avons mené une **étude Delphi** auprès d'un échantillon de 59 médecins généralistes tout venant ;
7. Quatorze « **fiches-recommandations** » ont été élaborées par les équipes de recherche, tenant compte de l'ensemble des résultats obtenus précédemment (étapes 1 à 4 et Delphi) ;
8. Pour évaluer la faisabilité de ces 14 « **fiches-recommandations** » et identifier les points qui mériteraient une attention particulière lors de leur concrétisation, nous avons organisé un **atelier de discussion avec un panel d'experts et de stakeholders**.
9. Sur base des discussions de l'étape 8, nous avons formulé la **liste des recommandations finales**.

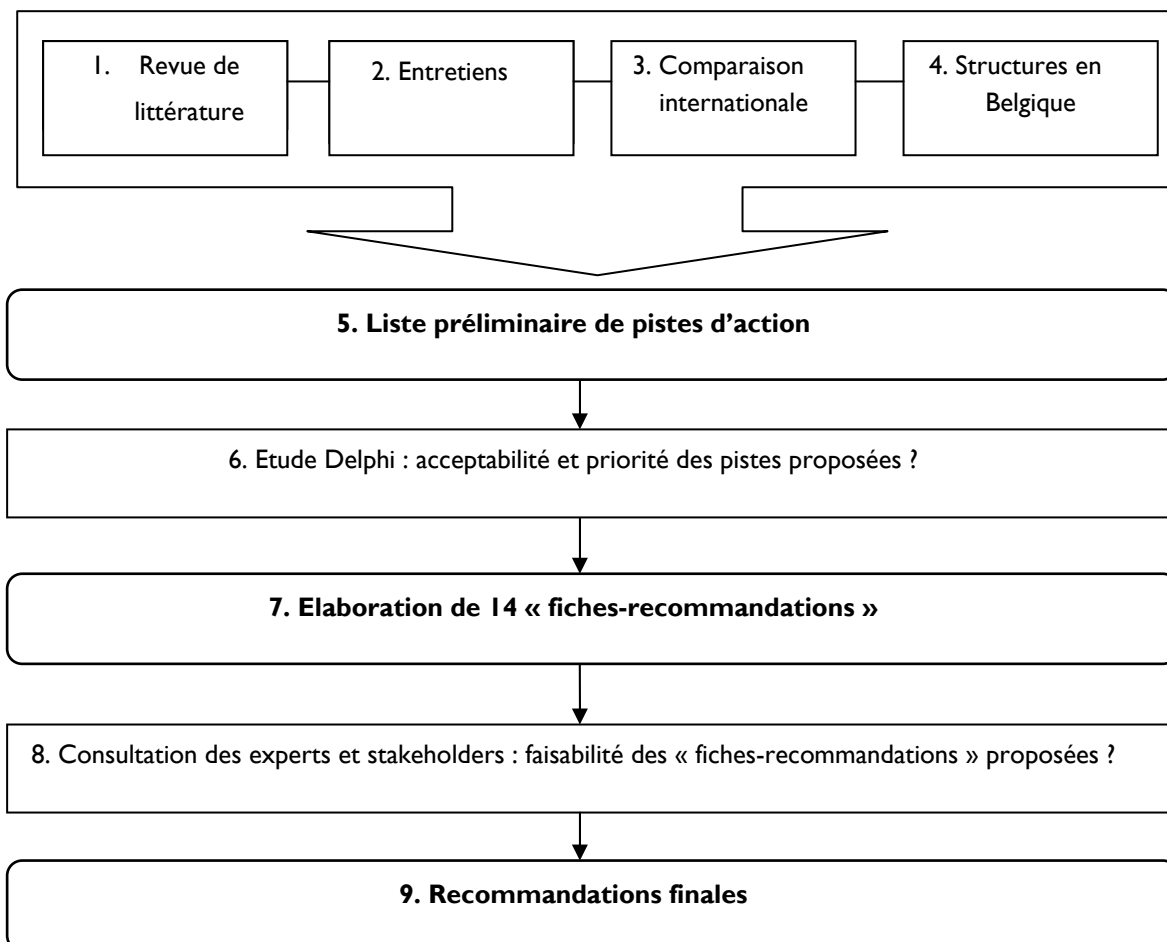
Chaque méthodologie utilisée est décrite plus précisément dans la partie correspondante du rapport.

A plusieurs moments de l'étude, un panel d'experts et de stakeholders a été consulté.

Le Comité d'éthique ULB-Erasme a émis un avis favorable pour les parties de collecte de données qualitatives le 17 août 2010.

L'ensemble du processus de recherche est décrit dans la figure ci-après.

Figure 1. Déroulement de l'étude



4 DEFINITION DU BURNOUT

Le burnout est un concept introduit pour la première fois en 1974 par Freudenberger¹⁰. Le burnout est multifactoriel et survient chez des individus en situation professionnelle vivant notamment une divergence importante entre leurs attentes idéalisées et la réalité de leur travail. Il peut se caractériser par une rupture du contrat psychologique que le travailleur a établi avec sa situation de travail, générant une perception négative du travail, se traduisant par un sentiment d'inefficacité professionnelle et d'épuisement. Divers symptômes peuvent se manifester, physiques (douleurs gastriques et/ou dorsales, troubles du sommeil et de l'appétit, asthénie,...), cognitifs et affectifs (anxiété, irritabilité, humeur dépressive, perte de concentration, troubles de la mémoire,...), et comportementaux (cynisme, indifférence, isolement, consommation abusive d'alcool et de psychotropes, absentéisme,...). Le burnout résulte de l'exposition prolongée à un stress persistant en situation de travail et touche particulièrement les personnes qui accordent beaucoup d'importance et de valeur à leur profession. Bien qu'il en existe plusieurs définitions, la présente étude s'est focalisée sur le burnout tel que décrit par Maslach et al¹¹. Cette définition est la plus utilisée dans la littérature scientifique. Selon Maslach, il s'agit d'un épuisement professionnel qui se décline en 3 composantes:

- **L'épuisement émotionnel**, marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable ;
- **La dépersonnalisation** : les patients (ou clients) sont traités de manière impersonnelle, négative, détachée voire cynique, comme s'ils étaient des objets ou des numéros¹² ;
- **Une réduction de l'accomplissement personnel** : le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même en tant que professionnel et supportant donc moins les efforts qu'il doit fournir pour surmonter son épuisement. Il estime que le travail n'a pas de sens et est dénué de valeur¹².

Ces 3 composantes du burnout semblent liées entre elles¹³: l'épuisement émotionnel, première étape du processus, entraîne progressivement la dépersonnalisation. C'est donc l'épuisement émotionnel qui jouerait un rôle central et sur lequel il faudrait agir prioritairement¹³. La réduction de l'accomplissement personnel, à l'origine considérée par Maslach comme une composante à part entière du burnout, est plus récemment envisagée comme une conséquence du processus de burnout³.

Le burnout n'est pas synonyme de stress à proprement parler, même si une exposition prolongée au stress peut mener au burnout. De même, il ne s'agit pas non plus de dépression qui elle, peut se manifester dans de nombreuses sphères de la vie privée, même si celle-ci peut faciliter un burnout ou qu'un burnout peut évoluer en dépression¹. Le burnout ressort de la problématique plus large de la souffrance au travail.

Le concept de burnout a acquis une certaine popularité dans de nombreux milieux et pas seulement celui des médecins généralistes. Même s'il est peut-être le résultat d'une construction sociale et pourrait entraîner un risque de médicalisation, voire de psychiatrisation, il semble constituer une manière acceptable pour la société d'aborder cette souffrance.

L'échelle de Maslach « Burnout Maslach Inventory » est majoritairement utilisée dans les études. Différentes versions coexistent (MBI-Human Services Survey, MBI-Educators Survey et MBI-General Survey) et la validation de cet instrument a été réalisée dans 24 langues. Un manuel d'utilisation a été développé par les concepteurs de l'instrument et une autorisation d'utilisation doit être obtenue moyennant financement^a.

a <http://www.mindgarden.com/products/mbi.htm#data>; consultation le 01 septembre 2011

Le Maslach Burnout Inventory (MBI)^b

Le MBI est un questionnaire validé composé de trois dimensions réparties sur 22 items:

- L'épuisement émotionnel (EE) – 9 items,
- La dépersonnalisation (D) – 5 items,
- L'accomplissement personnel (AP) – 8 items.

Chaque dimension représente une facette de l'évaluation que le sujet peut faire de son travail. La personne interrogée indique la fréquence selon laquelle elle éprouve le sentiment décrit dans l'item considéré.

Pour chaque dimension (EE, D, AP), un score est attribué et est qualifié de 'bas', 'modéré' ou 'élevé'. Le terme burnout continue toutefois de désigner globalement les trois dimensions dans cet outil.

En outre, Maslach et Leiter¹⁴ identifient six domaines de déséquilibre générateurs de burnout pour la vie en entreprise, soit: les valeurs, l'équité, l'esprit de groupe, la rémunération, le contrôle et la charge de travail.

^b Le questionnaire est présenté en annexe

5 REVUE DE LA LITTÉRATURE : LES FACTEURS ASSOCIÉS AU BURNOUT CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES EXPÉRIENCES DE PRÉVENTION OU PRISE EN CHARGE PUBLIÉES

5.1 OBJECTIFS DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature scientifique comporte 3 objectifs :

- Nous familiariser avec le concept du burnout, particulièrement chez les médecins généralistes.
- Identifier les facteurs associés à l'épuisement professionnel des médecins généralistes.
- Identifier les interventions évaluées de prévention ou de prise en charge de burnout auprès des professionnels de santé.

Le but de la revue de la littérature n'est pas d'obtenir une analyse approfondie et exhaustive des facteurs et processus relatifs aux burnout. Elle vise à repérer les principales dimensions, facteurs et pistes d'actions publiées, ces éléments devant servir de points d'appui aux recommandations finales.

La recherche se focalise sur le burnout (et pas la santé mentale, le bien-être ou le stress) et sur la population spécifique des médecins généralistes, en adéquation avec les objectifs particuliers du projet.

Les résultats issus de cette recherche seront associés aux résultats de l'analyse des expériences menées à l'étranger ainsi qu'en Belgique et aux résultats des entretiens individuels menés auprès de médecins. L'ensemble de ces résultats devrait permettre l'élaboration de pistes de mesures potentiellement utiles pour la Belgique. Ces pistes seront soumises à un panel de médecins généralistes pour tester la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité de ces propositions (cf figure 1).

5.2 METHODOLOGIE DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

5.2.1 Bases de données consultées

Nous avons consulté les bases de données suivantes (mai 2010) : Medline, Embase, Psycinfo, Cochrane Library et Sociological abstract.

5.2.2 Stratégies de recherche

Les stratégies de recherche sont détaillées en annexe. Des articles identifiés par ailleurs ou suggérés par des experts ont complété les résultats.

5.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

De manière générale, aucune restriction sur la date de publication n'a été effectuée. Ont été retenus les articles en français, anglais, néerlandais et espagnol qui étaient en rapport avec nos objectifs. Ont été exclus : les lettres à l'éditeur et les cas pratiques.

La littérature rapportant des recherches qualitatives n'a pas été incluse. En effet, nous recherchions dans un premier temps des facteurs associés statistiquement au burnout ou à une de ses composantes, et dans un second temps, des interventions dont l'efficacité a été mesurée et évaluée. Ces objectifs ne peuvent être rencontrés par des approches purement qualitatives.

5.2.3.1 Facteurs liés au burnout

La population concernée par la revue de la littérature relative aux facteurs liés au burnout est celle des médecins généralistes ou médecins de famille travaillant dans la communauté (et donc pas en milieu hospitalier).

Les résultats finaux retenus sont les facteurs de burnout ou d'une de ses composantes.

5.2.3.2 Interventions de prévention du burnout et/ou à la prise en charge du burnout

La population concernée par la revue de la littérature relative aux interventions de prévention du burnout et/ou à la prise en charge du burnout est celle des médecins (toutes spécialités confondues) et des autres professionnels de la santé (infirmiers, dentistes, etc.).

Les résultats finaux retenus sont les modifications des mesures du burnout ou d'une de ses composantes.

5.2.4 Sélection des articles

La sélection des articles sur base des titres et abstracts, dans un premier temps, et sur base du texte intégral, dans un second temps, a été réalisée indépendamment par deux reviewers (PJ et LK).

La littérature relative à l'épuisement professionnel des médecins bien que très abondante est en général de mauvaise qualité.

Les articles généraux et les publications relatives aux facteurs liés à l'épuisement professionnel des médecins généralistes n'ont pas fait l'objet d'une évaluation approfondie étant donné leur faible niveau de qualité. Par contre, la qualité des revues systématiques de la littérature et des interventions a été évaluée au moyen des grilles d'évaluation de la Dutch Cochrane Library. Seules les publications d'une qualité suffisante (avec un score supérieur ou égal à 5) ont été retenues pour notre analyse, que ce soient des publications rapportant les résultats d'essais contrôlés randomisés (RCT), d'études de cohorte ou d'évaluations d'interventions 'avant-après'.

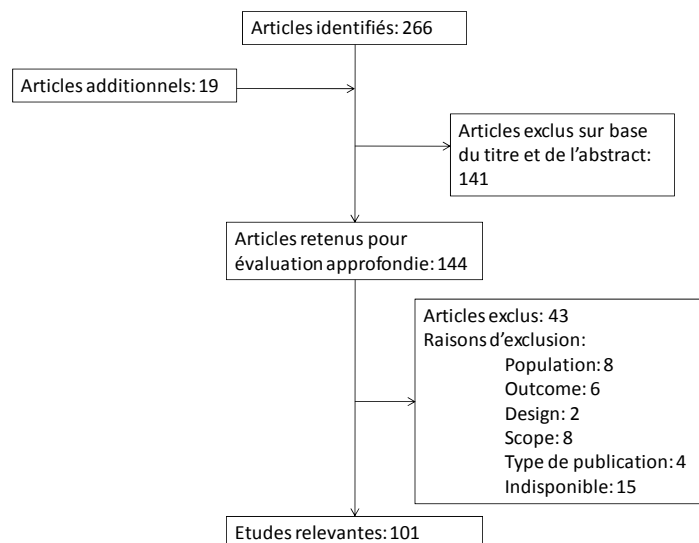
5.2.5 Analyse

Les résultats issus de la revue de la littérature ont fait l'objet d'une description narrative. Les détails des études sont présentés en annexe.

5.3 RESULTATS DE LA REVUE DE LA LITTERATURE

Les résultats de notre stratégie de recherche et des articles identifiés par recherche manuelle ou conseillés par les experts apparaissent ci-après.

Figure 2. Flow chart



En ce qui concerne les facteurs associés au burnout, à l'exception de 3 études prospectives, seules des études transversales par questionnaire, de prévalence ou de réflexions générales sur la pratique médicale ont été identifiées.

En ce qui concerne les interventions et programmes de prévention et de prise en charge, nous avons retenu 3 revues systématiques et 7 études interventionnelles, parmi lesquelles 1 essai contrôlé randomisé, 1 étude cas-témoin, 3 études avant-après et 2 études de cohorte prospective.

5.3.1 Les facteurs liés au burnout

Trois catégories de facteurs sont liés au burnout⁶ : les facteurs individuels, les facteurs liés à la pratique de la médecine (facteurs intrinsèques), et les facteurs liés à l'environnement de travail et à l'organisation (facteurs extrinsèques).

Dans la littérature, ces facteurs ont été associés soit au burnout, mesuré ou perçu, soit à une de ses composantes spécifiques (épuisement émotionnel - EE, dépersonnalisation - D, manque d'accomplissement personnel - MAP).

Vu la rareté des études prospectives robustes identifiées, aucune relation causale formelle ne peut être établie entre ces différents facteurs et le burnout. Aussi, toute association peut être interprétée de différentes façons : le facteur identifié peut être un facteur de risque de burnout, une cause potentielle de burnout ou encore la résultante d'une situation de burnout.

La synthèse narrative qui suit reprend les associations (positives ou négatives) entre chaque facteur identifié et le burnout ou chacune de ses composantes. Les tableaux complets mentionnent également les absences d'associations et sont présentés en annexe.

5.3.1.1 *Facteurs individuels : caractéristiques sociodémographiques, personnalité et caractéristiques psychologiques*

Plus d'une quarantaine de facteurs individuels associés au burnout ont été identifiés et organisés en sous-catégories : caractéristiques sociodémographiques, parcours professionnel, détresse psychologique, comportement et gestion du stress, support social et vie conjugale, émotions et caractéristiques de personnalité. Parmi ces facteurs, certains sont vulnérables au changement (par exemple, l'estime de soi) et d'autres non (par exemple, le sexe et l'âge).

Caractéristiques sociodémographiques

Aucun consensus sur l'association entre sexe et burnout et âge et burnout n'a été dégagé, la fréquence du burnout étant plus élevée tantôt chez les femmes que chez les hommes^{4, 15-23}, tantôt chez les médecins plus âgés que chez les médecins plus jeunes^{4, 15-18, 20, 23}. Le sentiment d'incompétence et d'inadéquation par rapport au travail, la capacité à gérer son stress, ou le rôle positif du support social peuvent d'ailleurs être vécus différemment par les médecins en fonction de leur sexe.

Le fait de vivre en couple pourrait protéger de la perception d'un manque d'accomplissement personnel²⁴. Toutefois ce statut n'a pas de lien démontré avec l'état d'épuisement émotionnel¹⁸. Le fait d'avoir des enfants est associé à un moindre épuisement émotionnel et à une plus faible dépersonnalisation dans une étude⁴ mais ne semble pas associé au burnout en général¹⁵. Porter seul la responsabilité des rentrées financières est associé à un burnout plus élevé¹⁷, de même que manquer de repères concrets ou de normes auxquels se référer (p.ex. religiosité)²⁵.

Parcours professionnel

L'ancienneté du médecin dans la profession est associée à un burnout moindre dans une étude²⁶.

Comportements et gestion du stress

Consommer de l'alcool et/ou des psychotropes est associé au burnout^{23, 27}, à l'épuisement émotionnel^{15, 26, 28} et à la dépersonnalisation¹⁵. Ces consommations peuvent être induites par l'épuisement du médecin qui trouve refuge dans des substances qui l'aident, momentanément et partiellement, à se détacher de ses soucis. Mais recourir à des substances addictives peut également modifier la qualité de la pratique et les perceptions personnelles et professionnelles du médecin le conduisant à un état de burnout.

Puisque le burnout peut être défini comme une réaction inadéquate au stress professionnel, la manière de gérer son stress aura un impact sur les différentes composantes du burnout. Utiliser des stratégies actives de gestion du stress (coping actif telles que la recherche d'un soutien par un tiers) peut induire un sentiment de dépersonnalisation chez les hommes et éviter aux médecins féminins de recourir au détachement et au langage abstrait ou cynique²⁹. Si le comportement d'évitement face au stress génère dans tous les cas un épuisement émotionnel plus important²¹, il favorise la dépersonnalisation chez les femmes mais pas chez les hommes²⁹. Ces différences indiquent que si l'on souhaite intervenir sur cette composante spécifique de l'épuisement professionnel, les stratégies devront se différencier en fonction du sexe des participants.

Une étude a mis en évidence que les médecins en burnout ont plus souvent recours aux congés pour maladie bien que le sens de l'association n'ait pas été étudié²³.

Support social et vie conjugale

L'association entre le support social des collègues et certaines composantes du burnout n'apparaît pas clairement dans la littérature retenue et semble ne concerner que les hommes²⁹.

Dans la sphère privée, vivre une vie conjugale insatisfaisante est associé à un burnout plus élevé²⁵. Pour les couples de médecins, le fait de soutenir son époux au sein du foyer ou dans la vie professionnelle semble protecteur du burnout¹⁹.

Satisfaction professionnelle

La satisfaction au travail, le sentiment d'être bien préparé à assumer sa pratique et la perception de son efficacité professionnelle sont positivement associés à un sentiment élevé d'accomplissement personnel. Par contre, un burnout élevé (et ce dans toutes ses composantes) est associé au désir de reconversion des médecins^{16, 22-24, 25, 27, 30}.

Caractéristiques de personnalité et troubles psychologiques

Une série de caractéristiques de personnalité ont été étudiées en relation avec le burnout ou une de ses composantes, et y sont associées^{19, 25, 26, 28, 29, 31}. Parmi celles-ci on retrouve par exemple le manque d'estime de soi, l'impatience, le profil carriériste, le perfectionnisme, l'expression de ses émotions et l'implication dans le travail.

Les problèmes de santé mentale et les affections psychologiques (anxiété, dysthymie, souci obsessionnel, idéations suicidaires,...) sont associés à l'une ou l'autre composante du burnout^{15, 25, 28}. Toutefois, on ne connaît pas le sens de ces associations (cause ou conséquence).

En ce qui concerne la détresse psychologique en particulier, elle est mesurée par le General Health Questionnaire GHQ-12/28 et apparaît associée au burnout dans ses 3 composantes^{5, 16, 18, 30, 32}. L'étude prospective de Mc Manus³² relève que la détresse psychologique augmente l'épuisement émotionnel et inversement. L'étude indique également que le manque d'accomplissement personnel et de réalisation de soi augmente la détresse psychologique du médecin. Ces associations maintiennent la personne en état de détresse et d'épuisement.

5.3.1.2 *Facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine*

Nous avons distingué au sein des facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine : les relations avec les patients, les facteurs relatifs aux soins et enfin le stress au travail.

Relations avec les patients

L'attitude des patients est un facteur souvent incriminé dans l'épuisement professionnel des médecins. Les médecins qui souffrent de burnout ou de dépersonnalisation estiment que les patients se montrent exigeants^{15, 17}, formulent des demandes irréalistes²⁴, remettent en question leur autorité et leurs connaissances médicales²⁴, et ils craignent les plaintes des patients²⁴.

La confrontation répétée avec des patients exigeants sur une longue période induit une perception de déséquilibre d'investissement et un manque de réciprocité dans la relation^{13, 33}, ce qui épuise les ressources émotionnelles des médecins généralistes. C'est la perception de ce déséquilibre plus que l'exigence réelle qui est associée au burnout¹³.

Facteurs relatifs aux soins

Les facteurs spécifiques à la profession médicale tels que l'incertitude concernant le diagnostic et le traitement du patient¹⁷ et la prise en charge de certaines catégories de patients (comme les patients en fin de vie²⁴) sont associés au burnout ou à une de ses composantes.

Stress au travail

Etant donné la définition du burnout, c'est sans surprise que le stress au travail a été souvent étudié comme facteur potentiel de burnout^{17, 24, 26, 29}. Il est mesuré soit par une liste de stresseurs potentiels¹⁷ (ambiguïté et conflit de rôle, conflits avec les collègues, surcharge de travail...), soit par des composantes de modèles de stress au travail tels que les demandes du travail (Job demands) et les ressources du travail (Job resources).

La latitude décisionnelle par laquelle le médecin a la liberté de prendre des décisions de son propre chef est liée à un sentiment d'accomplissement personnel élevé²⁴ contrairement à la perception de demandes élevées de la part du patient (exigences, plaintes...) ou de la pratique professionnelle elle-même (flexibilité horaire, charge administrative élevée, contrôles de qualité...) ^{24, 29}.

5.3.1.3 *Facteurs extrinsèques liés à l'environnement de travail, à l'organisation*

Charge de travail

La surcharge de travail est un facteur objectif dont l'incidence sur le burnout est bien connue^{5, 15, 17, 24, 29, 33}. L'organisation du travail propre à la médecine générale est aussi associée à l'épuisement professionnel : la flexibilité des horaires, les nombreuses gardes de jour et de nuit (plus spécifiquement liées à la dépersonnalisation)³⁰ et le travail du week-end²⁷ ajoutent à la charge de travail déjà conséquente de la semaine.

Déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle

Plusieurs auteurs se sont penchés sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Sauf dans le cas des couples de médecins¹⁹, le sentiment d'un surinvestissement dans la vie professionnelle au détriment de la vie privée générant un déséquilibre se retrouve plus souvent chez les médecins en épuisement professionnel¹⁷ et/ou émotionnel²⁹. Il semble que ce sentiment précède l'épuisement, ce qui indiquerait qu'il s'agit d'une cause de burnout²⁹.

Formation continuée

Différents aspects de la formation continuée des médecins généralistes, incluant la participation à des formations, l'appartenance à un groupe de supervision, le recours à un délégué indépendant (practice facilitator) ou l'opportunité d'actualiser ses connaissances, sont associés à un taux d'épuisement émotionnel moindre dans cette population^{5, 13, 20}.

Relations avec les autres professionnels de la santé

Les relations avec l'assurance-maladie^{15, 17, 24} et les professionnels non-médecins¹⁷ semblent liées au burnout des médecins. Des relations tendues et conflictuelles sont associées avec un épuisement professionnel plus élevé alors que de bonnes relations avec les confrères sont associées à un sentiment d'accomplissement personnel supérieur²⁴. Le burnout semble contagieux, que ce soit par « exposition directe » à la souffrance ou en raison d'une susceptibilité à la contagion émotionnelle. On ne sait cependant pas si c'est le nombre de collègues en burnout ou le nombre de contacts avec un/des collègues en burnout qui joue un rôle³⁴.

Organisation et lieu de la pratique

Une seule étude française a investigué le lien entre burnout et pratique de groupe sans mettre en évidence une association entre ces deux variables¹⁵. De même, la pratique en zone rurale n'est pas associée au burnout de manière univoque dans les différentes études^{15, 17}.

Aspects financiers et juridiques

Les contraintes financières auxquelles sont soumis les médecins sont associées à un sentiment d'épuisement professionnel^{15, 17}.

Avoir eu maille à partir avec la justice est lié au burnout dans une étude, sans que l'on sache si cet événement a participé à la dégradation de la santé mentale du médecin ou que le médecin s'est retrouvé dans ce type de conflit suite à son état²⁴.

Système de soins de santé

Les médecins qui se plaignent de changements dans le système des soins de santé sont plus nombreux à présenter un épuisement professionnel élevé¹⁷. Par ailleurs, travailler dans le secteur public est associé à un sentiment d'accomplissement personnel amoindri⁵.

5.3.2 Prévention et prise en charge du burnout

Les mesures idéales de prévention du burnout devraient empêcher celui-ci de survenir. Elles devraient donc agir sur les facteurs menant à l'épuisement professionnel. La plupart des études publiées se concentrent plutôt sur une diminution du niveau de burnout après une intervention. Or, comme le rappelle Gorter³⁵, il n'est pas simple de différencier les personnes à 'risque de burnout', de celles 'en cours de burnout' ou 'en burnout avéré'. La distinction entre prévention et traitement du burnout peut dès lors sembler arbitraire, et les mesures de prévention peuvent devenir des mesures thérapeutiques³⁶. Selon Gorter³⁵, une manière de résoudre ce dilemme est de parler de prévention lorsque les personnes exercent encore leur activité et donc sont à risque de burnout et de parler de traitement lorsque les personnes sont en arrêt maladie, donc en burnout.

Sur base des trois revues systématiques de la littérature sélectionnées³⁷⁻³⁹ et présentées dans le tableau ci-après, il ressort que :

- Le contenu, la forme et le public-cible des interventions de prévention du burnout sont extrêmement variables d'une publication à une autre, ce qui rend les comparaisons difficiles. Par ailleurs, nombreuses sont les études qui portent sur de petits échantillons et dont l'intervention et le suivi sont de courte durée³⁷⁻³⁹. Rares sont les études portant sur des médecins généralistes.
- Une majorité des interventions de prévention du burnout sont centrées sur les personnes en tant qu'individus ou groupes^{38, 37}. Il s'agit pour la plupart de méthodes cognitivo-comportementales visant l'amélioration des compétences professionnelles ou une modification des caractéristiques personnelles. On y trouve diverses formations (en comportement, en communication, en gestion du stress), du conseil, du support social, différents types d'exercices de relaxation et utilisation de la musique à des fins récréatives.

- Les interventions tournées uniquement vers les organisations sont relativement peu fréquentes^{37, 38}. Elles touchent aux procédures de travail comme la restructuration des tâches, l'évaluation du travail, la supervision. Elles ont pour but de diminuer la demande professionnelle, d'augmenter le contrôle ou le degré de participation dans les prises de décisions.
- Les interventions combinant des actions personnelles et organisationnelles sont particulièrement efficaces et leurs effets durent plus longtemps. Alors que les interventions centrées sur les personnes réduisent le burnout à court terme (6 mois ou moins), les interventions combinées ou organisationnelles seules ont des effets plus durables (12 mois ou plus^c)³⁷.
- L'effet positif des interventions diminue avec le temps. Parmi les 3 composantes du burnout, l'épuisement émotionnel semble être la composante la plus durablement influencée³⁷. Un système de rappel (refresher courses) semble efficace pour augmenter la durée de l'effet d'une intervention et devrait être prévu. Van Wyk et al. soulignent l'efficacité d'une formation intensive et à long terme de gestion du stress sur le risque de burnout parmi un large éventail de professionnels de la santé dans divers contextes³⁹.

^c Rares sont les études assurant un suivi de leur échantillon au-delà de 12 mois.

Tableau I. Revues systématiques sur les interventions de prévention ou de prise en charge du burnout

Auteur, Date	Sujet	Public cible	Nombre d'études incluses	Interventions	Outcomes relatifs au burnout	Résultats relatifs au burnout
Awa et al, 2010 ³⁷	Prévention du burnout	Tout venant	25	<ul style="list-style-type: none"> • 68% centrées sur les personnes (formation, cognitivo-comportemental, conseil, relaxation, support social) • 8% centrée sur les organisations (restructuration du processus de travail, évaluation du travail, etc.) • 24% combinées 	<ul style="list-style-type: none"> • Burnout et composantes (MBI en majorité) • Facteurs de risque ou protecteurs du burnout : anxiété, humeur, dépression, ... ; support des superviseurs, pairs et/ou collègues 	<p><u>Interventions centrées sur les personnes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Effet positif sur le burnout ou ses composantes des formations cognitivo-comportementales, conseil, (formation en) relaxation, formation en aptitudes psychosociales, musique récréative, coping, psychothérapie, formation en communication (14 études) • Pas d'effet sur le burnout de formation professionnelle et supervision clinique (1 étude) et formation en relaxation et thérapie par le rire (1 étude) • Effet négatif sur le burnout des médecins généralistes d'une approche bio-psychosociale, enseignement didactique interactif (1 étude) <p><u>Interventions centrées sur les organisations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'effet du changement d'organisation des soins (primary nursing) sur le burnout (1 étude) <p><u>Interventions combinées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Effet positif (6 études sur 6)

Auteur, Date	Sujet	Public cible	Nombre d'études incluses	Interventions	Outcomes relatifs au burnout	Résultats relatifs au burnout
Marine et al, 2006 ³⁸	Prévention du stress professionnel	Travailleurs en soins de santé	19	<ul style="list-style-type: none"> Centrées sur les personnes (formation cognitivo-comportementale, relaxation, massages thérapeutiques, musique, pleine conscience, etc.) Centrées sur le travail (programme de formation théorique, jeux de rôle, etc. ; mobilisation du support des collègues ; introduction d'innovations, etc.) Combinées 	<ul style="list-style-type: none"> Burnout et composantes (MBI) 	<p><u>Interventions centrées sur les personnes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Effet positif de la gestion du stress sur toutes les composantes (2 études) et \searrow EE et MAP à long terme (1 des 2 études) Effet positif de formations cognitivo-comportementales ou combinées avec de la relaxation sur 1 ou 2 composantes (3 études) Effet non concluant de la musique récréative sur toutes les composantes (1 étude) Méta-analyse : \searrow EE et MAP <p><u>Interventions centrées sur le travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Effet positif du soutien et conseils donnés par des managers sur D (1 étude) Effet positif du changement dans l'organisation du travail, formation et soutien, et conseils de superviseurs sur MAP (1 étude)
van Wyk et al 2010 ³⁹	Coping vis-à-vis du stress au travail, prévention du burnout et amélioration de la satisfaction professionnelle	Travailleurs en santé	10	<ul style="list-style-type: none"> Centrées sur la personne (formations en gestion du stress dont pleine conscience) Centrées sur l'interface personne/organisation (management, support) <p>Exclu :</p> <ul style="list-style-type: none"> Interventions organisationnelles Interventions de traitement du burnout et stress 	<ul style="list-style-type: none"> Burnout et composantes (MBI) EE comme mesure du stress au travail 	<p><u>Interventions centrées sur la personne :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Effet positif sur toutes les mesures après 2 ans de formation de haute intensité en gestion du stress (1 étude) Pas d'effet sur le burnout après une formation de faible intensité en pleine conscience (1 étude) Lien entre degré d'intensité de la formation et réduction du stress au travail <p><u>Interventions centrées sur l'interface personne-organisation :</u> pas de résultats présentés</p>

Outre les 3 revues systématiques de littérature citées ci-dessus, notre recherche a permis de sélectionner 7 articles présentant une évaluation d'interventions relatives au burnout et de qualité suffisante pour être sélectionnés. Ces articles ne concernent que des interventions sur la personne et sont décrits dans le tableau suivant.

De leur lecture, on peut retenir que :

- Plusieurs expériences utilisant des formations en méditation et exercices de pleine conscience montrent un effet positif sur le burnout, soit sur les 3 composantes du burnout (auprès de médecins généralistes⁴⁰), soit sur 2 composantes du burnout (EE et D) chez des infirmières et aide-infirmières en institution hospitalière⁴¹, soit sur l'épuisement émotionnel seul chez des résidents en médecine générale⁴².
- D'autres interventions plus cognitives montrent un effet positif sur l'épuisement émotionnel chez des infirmières communautaires⁴³. A noter que les infirmières ayant un haut degré de réactivité (donc moins résistantes au stress) expérimentent plus de burnout mais l'effet des ateliers se marque pourtant chez les infirmières ayant un faible degré de réactivité, avec diminution de l'épuisement émotionnel.
- Des séminaires consacrés à la discussion en groupes ont montré une réduction de la composante « épuisement émotionnel » du burnout chez des femmes généralistes⁴⁴. Cette composante était initialement élevée. Les séminaires, donnés en 3 soirées, abordaient les problèmes professionnels, la satisfaction professionnelle, les sources de support social, la manière d'améliorer la pratique et le support social, des exercices de relaxation. Les questions abordées lors des séminaires avaient été déterminées largement par les participantes elles-mêmes.
- D'autres enfin combinent des interventions basées sur la pleine conscience et des méthodes cognitives^{45, 46} avec des résultats positifs sur le burnout tant chez les médecins que chez les infirmières.

Tableau 2. Etudes interventionnelles retenues

Auteur, date	Pays	Design	Public cible	Intervention	Résultat
Krasner, 2009 ⁴⁰	Etats-Unis	Pré-post Suivi 15 mois	Médecins en soins primaires	I : Exposé didactique, méditation et pleine conscience, exercices narratifs et discussion (2.5 h/sem pdt 8 sem) + 1 j de retraite en silence et méditation + 1 phase de maintenance (10 x 2.5 h/mois)	Amélioration du MBI pour les 3 composantes ; amélioration de l'empathie, des troubles de l'humeur, de la stabilité émotionnelle.
McKensie, 2006 ⁴¹	Etats-Unis	RCT Suivi : 4 semaines	Infirmières et aide-soignantes en institution hospitalière	I : Mindfulness-based stress reduction (MBSR) : Exposé didactique et partie expérientielle (30 minutes/sem pendant 4 sem) + Exercices de pleine conscience: (min 10 minutes/jours, 5 jours par semaine) Ctrl : Inscription sur liste d'attente	Amélioration du MBI pour 2 composantes : ↘ EE (ctrl <input type="checkbox"/> D = (ctrl <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> (NS) <input type="checkbox"/> Relaxation <input type="checkbox"/> satisfaction professionnelle
Ospina-Kammerer, 2003 ⁴²	Etats-Unis	Pré-post Cas-contrôle Suivi : ?	Médecins de famille résidents	I : Respiratory One Method (ROM) : 1 réunion/ sem pendant 4 sem. Ctrl : Aucune intervention	↘ EE
Ro, 2008 ⁴⁵	Norvège	Étude de cohorte Suivi : 1 an après l'intervention Comparaison avec 1 étude sur médecins norvégiens	Médecins qui viennent se soigner	I : Conseils à la villa sanad basés sur une approche intégrée (psychodynamique, cognitive, éducationnelle et motivationnelle) Soit session individuelle d'1 jour avec psychiatre ou spécialiste en médecine du travail Soit session d'1 semaine par groupe de 8 (conférences quotidiennes, + discussions en groupe, + activités physiques, + sessions individuelles de conseil)	↘ EE (cfr médecins tout venant) ↘ job stress ↘ détresse mentale ↗ médecins en psychothérapie ↘ médecins en congé maladie à temps, plein ↘ EE associée à une ↘ des heures de travail
Ro, 2010 ⁴⁶	Norvège	Étude de cohorte Suivi : un peu plus d'un an après l'intervention (57 sem) Comparaison avec 1 échantillon représentatif d'infirmières norvégiennes	Infirmières qui viennent pour une intervention préventive	I : 5 jours de cours à la villa sana basés sur la théorie cognitive (apprentissage de la pleine conscience et exercices de relaxation, + activités physiques, + conférences quotidiennes, + partage d'expériences personnelles, + session individuelles de conseil, +programme culturel + repas ensemble)	↘ EE ↘ du nombre d'infirmières au-dessus du seuil de EE Association négative entre congés de maladie après l'intervention et la ↘ EE ; Association négative entre conflits au travail après l'intervention et la ↘ EE. <input type="checkbox"/> Infirmières en thérapie

d La description complète de l'intervention est décrite dans la partie sur les expériences internationales

Auteur, date	Pays	Design	Public cible	Intervention	Résultat
Schaufeli, 1995 ⁴³	Pays-Bas	Pré-post Suivi : 1 mois après la dernière session	Infirmières communautaires	I : 13 ateliers de 3 jours et 2 soirs sur le burnout: Formation en relaxation + gestion didactique du stress + gestion cognitive du stress + développement des aptitudes interpersonnelles + rôle professionnel plus réaliste	<ul style="list-style-type: none"> ↘ EE ↘ tedium mesure (mesure de l'épuisement physique, émotionnel et mental) ↘ tension psychologique ↘ plaintes somatiques <p>Pas d'effets sur D et AP</p> <p>Pas d'effet sur les infirmières hautement réactives (plus haut degré de burnout et tedium)</p> <p>Infirmières qui présentent une réactivité basse (plus résistantes au stress) bénéficient plus de l'intervention</p>
Winefield, 1998 ⁴⁴	Australie	Pré-post Suivi : 4 semaines	Femmes médecins généralistes (avec EE élevé, détresse psychologique et support social insuffisant - AP élevé)	I : séminaire en groupe, centrés sur l'apprentissage et la recherche de solution, avec participation active des participants. 3 séminaires de 6-9 H du soir	<ul style="list-style-type: none"> ↘ EE ↘ détresse psychologique (surtout stress domestique) <p>Pas d'effet sur la D et l'AP</p>

RCT : Randomized Control Trial

I : intervention

Ctrl : contrôle

EE : épuisement émotionnel D : dépersonnalisation

AP : accomplissement personnel

5.3.3 Analyse des résultats : articulation des facteurs d'épuisement professionnel et des interventions pour le prévenir ou y remédier

La littérature fournit de multiples facteurs associés au burnout, mais vu la rareté d'études robustes, le sens de l'association n'est pas démontré. Nos résultats présentent ces facteurs en 3 catégories. La première regroupe les facteurs liés à la personne-même du médecin, ses caractéristiques sociodémographiques ou ses traits de personnalité. Les facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine sont ceux sur lesquels le médecin devrait théoriquement pouvoir avoir prise. Enfin, les facteurs extrinsèques sont ceux liés à l'organisation de la profession ou au système de soins de santé.

Les interventions de prévention et prise en charge du burnout peuvent être, quant à elles, catégorisées en interventions centrées sur la personne (individuelles ou en groupe), organisationnelles ou combinant les deux. Ces interventions concernent tant l'aspect préventif que curatif de l'épuisement professionnel puisqu'il est difficile de faire la distinction entre les deux.

Aucune intervention ne ressort en particulier de l'analyse de la littérature tant les possibilités sont nombreuses, les publics cibles variés et les évaluations lacunaires. Il est dès lors impossible de mettre en exergue une intervention, qui serait celle de choix pour les médecins généralistes travaillant en Belgique. Par contre, il est possible de dresser une liste d'actions dont l'applicabilité pourrait être estimée au cas par cas.

Enfin, certaines interventions peuvent concerner différents types de facteurs. Par exemple, la relation avec le patient est un facteur intrinsèque à la pratique qui peut faire l'objet d'une intervention centrée sur la personne (amélioration des compétences en communication du généraliste) mais aussi organisationnelle (aide à la résolution des litiges). Les catégories de facteurs et d'intervention ne correspondent donc pas.

5.3.3.1 *Les interventions centrées sur la personne*

La majorité des interventions identifiées sont centrées sur les personnes que ce soit individuellement ou en groupe.

Objectifs

Les objectifs de ces interventions sont de développer des compétences personnelles ou de contribuer à modifier certaines caractéristiques de personnalité.

Les compétences visées touchent principalement à la gestion du stress, au comportement et à la communication.

Facteurs concernés

Chez les médecins généralistes, les facteurs associés au burnout nous amènent à relever l'importance de l'expression des émotions⁴⁷, de la gestion de la relation avec les patients et du développement de certaines compétences professionnelles spécifiques (comme en soins palliatifs ou pour la prise en charge de patients séropositifs ou sidéens^{48,49}).

Dans cette même population, les traits de personnalité tels que l'anxiété, le souci obsessionnel, le repli sur soi, le sentiment d'inadéquation, une personnalité passive agressive ainsi qu'une mauvaise estime de soi ont été identifiés comme prédisposant au burnout. D'autres facteurs pour lesquels nous ignorons le lien de causalité complètent cette liste. Ils sont repris par ailleurs (voir tableaux en annexe). Ils pourraient donc, s'ils se révélaient bien être des prédictors d'épuisement professionnel, faire l'objet d'intervention de ce type.

Tableau 3. Types d'interventions centrées sur la personne et pistes d'action

Types d'interventions	Pistes d'actions	Evaluation
Auto-formations et formations	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition d'une compréhension cognitive du rôle du stress^{43, 50, 51} • Restauration cognitive de la perception d'équité³³ • Acquisition d'aptitudes en communication^{37, 50, 52} • Acquisition d'aptitudes en assertivité^{43, 51-53} • Acquisition d'aptitudes en résolution des conflits^{47, 52} • Acquisition d'aptitudes en gestion du temps : horaires, vacances, temps pour soi^{6, 43, 51-54} • Acquisition d'aptitudes en gestion du stress^{36, 38, 39, 50} ou des émotions⁴⁷ • Approches cognitivo-comportementales^{37, 38} 	<p>☺</p> <p>?</p> <p>☺</p> <p>☺</p> <p>?</p> <p>☺</p> <p>☺</p> <p>☺</p>
Conseil	<ul style="list-style-type: none"> • Conseil individuel de professionnels^{6, 37, 55}, guidance⁵¹ • Réorganisation de sa pratique, voire du type de pratique^{6, 51, 56} 	<p>☺</p> <p>?</p>
Support social	<ul style="list-style-type: none"> • Communication régulière du stress ressenti, des frustrations et de sa fatigue à une personne de confiance (membre de la famille, pairs)^{6, 54, 56, 57} • Soutien par les proches^{8, 52, 57-59} • Soutien par les pairs^{8, 52, 56-58, 60}, dans un groupe Balint p. ex.^{61, 36, 62}; discussion de groupe ou de staff^{36, 47, 53, 63} ou team building⁵³ • Soutien auprès de collègues ayant souffert et résolu leur burnout^{6, 64} • Système de mentorat^{51, 60, 65, 66} 	<p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p>
Relaxation	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxation^{7, 8, 37, 38, 42, 43, 52, 53, 56-61} • Méditation et pleine conscience^{7, 39, 40, 53, 59, 60} • Musique récréative⁶⁷ • Ateliers créatifs⁴⁷ • Pensées positives⁵⁰ 	<p>☺</p> <p>?</p> <p>☺</p> <p>?</p> <p>?</p>
Psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Psychothérapie^{37, 47, 51} 	<p>☺</p>
Personnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir un médecin de référence pour se faire diagnostiquer et soigner rapidement et de façon adéquate (pas de consultation de couloir)^{8, 55, 57, 68} • Evaluer régulièrement ses objectifs professionnels et économiques^{6, 7}, connaître ses forces et faiblesses⁵⁸, clarifier ses valeurs^{50, 52}, définir des buts réalistes^{50, 59} • Développer et maintenir des centres d'intérêt, hobby^{6, 56, 58}, activités créatives⁵¹ • Prendre soin de soi : pratiquer des exercices physiques réguliers^{6, 7, 53, 56, 59} et favoriser d'autres habitudes de vie saine (alimentation équilibrée, repos, temps libre ...) ^{6-8, 36, 47, 51, 52, 56-60, 69} • Cultiver l'humour^{6, 8, 59} • Reconnaître le versant positif et pas seulement la charge, le stress, le fardeau⁷⁰, se concentrer sur le processus plus que sur le résultat⁵⁹, apprécier les succès^{40, 59} • Respecter ses besoins de spiritualité^{8, 57, 58} 	<p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p>

☺ : au moins une évaluation positive identifiée

? : pas d'évaluation positive identifiée / pas d'évaluation / pas d'évaluation rigoureuse

Interventions existantes

Les interventions centrées sur la personne se déclinent en 6 types : formation, conseil, support social, relaxation, psychothérapie et interventions personnelles.

Les interventions peuvent être réalisées de manière individuelle ou s'adresser à un groupe préexistant (p.ex. équipe d'une unité hospitalière) ou créé pour la circonstance.

Par ailleurs, des pistes d'action sont proposées par de nombreux auteurs, sans qu'elles n'aient toutefois été implémentées ou évaluées (Tableau 3). Nombre d'entre elles devraient permettre de développer, entre autres, les compétences de coping.

A noter que les interventions devraient parfois être adaptées en fonction du sexe des participants puisque plusieurs auteurs^{29, 53, 56, 64, 71} évoquent des stratégies de coping légèrement différentes chez les hommes (plus d'évitement et de confiance en leurs capacités) et chez les femmes (plus de support social).

Evaluation

De manière générale, les interventions ciblées sur l'individu, et qui ont été évaluées, réduisent le burnout à court terme (6 mois ou moins).

5.3.3.2 Les interventions organisationnelles et/ou centrées sur l'interface travail/personne

Objectifs

Les interventions organisationnelles visent à modifier les conditions et procédures de travail, l'organisation de la pratique professionnelle, la législation ou la réglementation. Elles peuvent être envisagées soit à un niveau macro (décideurs politiques) soit à un niveau meso (responsables institutionnels). Les médecins eux-mêmes ont peu de prise directe sur ces aspects. Nous avons étendu cette catégorie aux actions à visée éducative ou de sensibilisation des médecins parce que celles-ci peuvent être intégrées dans un programme organisé à un niveau macro. La mise en place systématique de ce type d'action peut en effet résulter d'une décision politique et impliquer une modification structurelle.

Facteurs concernés

Chez les médecins généralistes, la revue de la littérature nous amène à relever l'importance des facteurs suivants (voir tableaux précédents):

- la relation avec les patients (exigence, contentieux, soins de fin de vie),
- l'organisation de la pratique (consultations, visites et gardes, demandes du travail, charge de travail, ressources du travail, latitude décisionnelle, équilibre vie privée-vie professionnelle...),
- la relation avec l'assurance-maladie,
- la relation avec l'équipe, les collègues,
- différents aspects de formation,
- les contraintes financières ou économiques,
- les modifications du système de soins,
- les collègues en burnout

Interventions existantes

Plusieurs auteurs citent des exemples d'interventions organisationnelles ou centrées sur l'interface travail/personne. Dans certains cas, il s'agit d'interventions visant l'individu mais qui peuvent être organisées par des instances officielles.

Nous avons réorganisé ces suggestions par type d'intervention dans le tableau suivant : sensibilisation des patients, programme du cursus d'enseignement, programme de formation continuée, organisation des pratiques, rémunérations et organisation du système des soins de santé.

Evaluation

Les interventions organisationnelles et centrées sur l'interface travail/personne sont rarement décrites de manière approfondie et encore plus rarement évaluées. Celles qui le sont ne concernent pas des médecins mais d'autres travailleurs dans le secteur des soins de santé et des pompiers. L'effet positif de ce type d'intervention sur le burnout peut durer jusqu'à 1 an au moins³⁷.

Tableau 4. Types d'intervention et pistes d'actions organisationnelles et/ou centrées sur l'interface travail/personne

Types d'intervention	Pistes d'actions	Evaluation
Sensibilisation des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Communication au patient de messages pour qu'ils soient plus réalistes dans leurs attentes⁵³ 	?
Programme du cursus d'enseignement	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation des étudiants en médecine à l'existence de la problématique de l'épuisement professionnel⁶; • Intégration, dans la formation des médecins, de la promotion de la santé⁶⁸ et des techniques de réduction du stress⁶⁴; changement de culture des étudiants en médecine (temps pour soi)⁷ • Orientation professionnelle⁵³ et coaching des étudiants plus vulnérables en raison de leur profil de personnalité³⁶; 	<p>?</p> <p>?</p> <p>?</p>
Programme de formation continuée	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation des médecins à l'existence de la problématique de l'épuisement professionnel⁶; • Prise de conscience du risque ou d'un état d'épuisement professionnel par auto-questionnaire et/ou envoi de feedback^{35, 72}; • Organisation de conférences annuelles sur le burnout³⁶; • Organisation de séminaires (interactif, en petit groupe, avec expert extérieur) et groupes de soutien commençant pendant les études de médecine et se poursuivant le long de la vie professionnelle⁶; • Organisation d'ateliers de relaxation et de gestion du stress^{37, 41, 43, 73} 	<p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>☺</p>
Organisation des pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Offre d'équipement qui augmente la sécurité des médecins généralistes appelés lors des gardes ou des visites à domicile⁵³ • Possibilité de diversification des tâches (curatif mais aussi enseignement, recherche...)⁶ • Autonomie suffisante dans la gestion du temps de travail^{6, 47, 74} • Autonomie suffisante dans les méthodes de travail^{6, 74} • Organisation du système de garde • Soutien des managers, superviseurs³⁸ 	<p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>☺</p>
Rémunérations	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de rémunération adéquat^{56, 74} 	?
Organisation du système de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Implication des généralistes dans les décisions et actions qui les concernent^{6, 53, 74} • Récompense et reconnaissance du bon travail^{47, 74} • Offre d'une assurance qui couvre la santé mentale et les soins d'assuétudes chimiques³⁶, • Organisation de la retraite et de la réorientation professionnelle⁶⁸ • Possibilité de notifier à une autorité compétente les médecins présentant des problèmes de santé pour améliorer leur prise en charge précoce⁶⁸ • Programme de dépistage⁶³ • Offre de services de santé pour aider les médecins qui en ont besoin⁷⁵, pour leur apprendre à se soucier de leur santé⁷ • Création d'une recertification qui prend en compte les questions de santé et de bien-être⁶⁶ • Diminution de la charge administrative et autres questions de bureaucratie^{56, 66} • Changement structurel de la médecine générale en termes de répartition des forces de travail, p.ex. géographique⁵⁶ • Considération de la question des litiges⁵⁶ • Accord contractuel pour que chaque médecin ait son propre médecin généraliste⁶⁶ 	<p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p>

☺ : au moins une évaluation positive identifiée

?: pas d'évaluation positive identifiée / pas d'évaluation / pas d'évaluation rigoureuse

5.3.3.3 *Les interventions combinées*

Bien que peu présentes dans la littérature scientifique, les interventions combinant les stratégies centrées sur la personne et les stratégies organisationnelles sont prônées par plusieurs auteurs^{23, 37, 40, 44, 46, 53, 56, 59, 76, 77}. Elles semblent d'ailleurs produire des effets plus durables, dépassant les 12 mois³⁷.

5.3.4 Facteurs de succès des interventions relatives au burnout

5.3.4.1 *Facteurs favorisant l'efficacité de l'intervention*

Les interventions de prévention ou de prise en charge du burnout doivent être individualisées, même si certaines caractéristiques sont partagées par toutes les personnes en épuisement professionnel⁶⁴. Comme souligné précédemment, elles doivent par exemple tenir compte du sexe du participant^{21, 29}. Elles doivent aussi pouvoir répondre aux besoins singuliers des personnes visées⁷⁰.

Il est également utile de rappeler que le burnout est un processus, non un événement ponctuel et qu'il est causé par une exposition prolongée au stress et aux frustrations⁶⁴. Ceci nous amène à souligner l'importance du développement et de l'implémentation de stratégies continues, visant le long terme, la nécessité de programmer des séances étalées dans le temps, en plusieurs étapes, ou d'organiser des sessions de « rafraîchissement », de rappel^{37, 67, 78}. A cela s'ajoute la combinaison des modifications structurelles (législation, organisation de la profession, etc.) et des interventions ponctuelles (séminaires, ateliers etc.).

Par exemple, si on souhaite rétablir l'équilibre dans la relation entre le patient et le médecin, une formation au « détachement » (detached concern) peut être associée à une mesure structurelle donnant la possibilité au praticien de refuser de continuer à suivre un patient s'il est trop exigeant¹³.

Comme les interventions touchent principalement des personnes convaincues de leur utilité^{43, 72}, les programmes doivent prévoir des stratégies multiples pour atteindre les divers profils de bénéficiaires potentiels et donc y compris les médecins a priori réticents.

5.3.4.2 *Facteurs favorisant l'acceptabilité et la participation à l'intervention*

Certaines barrières à participer à des interventions centrées sur la personne ont été relevées³⁵. Pour augmenter les chances de participation, il apparaît important de :

- Limiter le temps à libérer pour participer à l'intervention^{41, 73}
- Permettre aux participants de choisir l'horaire de l'intervention^{41, 79}
- Proposer d'autres modalités d'intervention que les sessions de groupe qui peuvent ne pas convenir à toutes les personnalités³⁵
- Offrir aux participants la possibilité d'initier⁵¹ ou de définir le contenu du programme, ou une partie de celui-ci
- Ne pas présenter d'emblée l'intervention comme une intervention sur le burnout mais plutôt sur le bien-être au travail, par exemple^{43, 67}
- Prévoir une participation financière minime ou nulle pour le participant^{35, 73}
- Organiser des interventions à proximité du lieu de travail ou du domicile du participant^{35, 73}
- Favoriser l'interactivité⁶⁷
- Favoriser l'anonymat⁶⁷ et la confidentialité⁸⁰
- Bénéficier d'un climat favorable à l'intervention^{45, 67} (soutien de la hiérarchie, des organisations professionnelles, législation...)
- Sensibiliser à cette problématique les étudiants en médecine dès leurs études de médecine⁸⁰

5.4 CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

Le but de la revue de la littérature n'est pas d'obtenir une analyse approfondie et exhaustive des facteurs et processus relatifs aux burnout. Elle vise à repérer les principales dimensions, facteurs et pistes d'actions publiées, ces éléments devant servir de points d'appui aux recommandations finales.

La recherche se focalise sur le burnout (et pas la santé mentale, le bien-être ou le stress) et sur la population spécifique des médecins généralistes, en adéquation avec les objectifs particuliers du projet.

Ce chapitre ne prétend donc pas donner une image complète et approfondie de la problématique du burnout.

La littérature identifiée relative aux facteurs d'épuisement professionnel des médecins bien que très abondante est globalement de faible qualité. Bon nombre d'articles publiés sont des réflexions d'ordre général sur ce phénomène et ses implications. Rares sont les études au design méthodologique robuste ou permettant au minimum de distinguer le statut des variables jouant un rôle dans le processus du burnout (antécédents, causes ou conséquences). Comme nous l'a rappelé un expert, « ce type de recherche n'est évidemment pas facile à mettre en place : outre le temps et l'argent nécessaires, il y a aussi le problème du diagnostic du burnout (auto-évaluation ? médecin ? psychologue ?), la « faible prévalence » du phénomène (en fonction de la présence et de la qualité du diagnostic, bien souvent en auto-évaluation...) et l'accès aux personnes/aux répondants. »^e.

Concernant les modèles explicatifs du burnout, force est de constater que ceux-ci diffèrent selon les auteurs, que ce soit par le choix des facteurs proposés ou par la manière de les mesurer. Ce manque d'harmonisation dans la recherche rend les études difficilement comparables et l'identification de variables clés est peu aisée et difficilement étayable.

Au cours de cette étude, nous avons fait le choix de centrer notre recherche sur les médecins généralistes et ce, afin de pouvoir répondre à la demande du cabinet du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. S'il existe bien des informations quant aux facteurs associés au burnout dans cette population, nous n'avons pas identifié d'interventions visant les médecins généralistes de manière spécifique. Il en résulte que, bien qu'abordées depuis des dizaines d'années dans la littérature scientifique, nous ne disposons pas d'études concluantes sur la manière de prévenir ou guérir l'épuisement professionnel en général et en particulier chez les médecins généralistes.

Afin de mesurer l'épuisement professionnel, le Maslach Burnout Inventory est l'outil le plus utilisé. La comparaison entre les études est ainsi facilitée. Cependant, plusieurs versions (divergentes en nombre d'items) sont utilisées. Par ailleurs, certains auteurs remettent même en cause l'utilisation de la troisième composante (manque d'accomplissement personnel), émettant l'hypothèse que cette dernière relèverait plus de caractéristiques personnelles qu'elle ne participerait au syndrome du burnout³³. Van Dierendonck a en conséquence testé le modèle en utilisant seulement épuisement émotionnel et dépersonnalisation et conclut qu'il est valide³.

De plus, il est fréquent de constater que la discussion sur le burnout se limite en réalité à une discussion sur l'épuisement émotionnel, soit une seule de ses composantes.

Les seuils utilisés pour qualifier un burnout de faible, modéré ou sévère sont rarement précisément renseignés dans les publications.^f

D'autres outils que le MBI apparaissent dans certaines études mais il est difficile de cerner s'ils mesurent exactement les mêmes concepts.

^e C. Hellemans. Communication personnelle.

^f Bien qu'ils soient définis par Maslach et Jackson¹¹ : élevé (>29) ; modéré (18-29) ; bas (<18) pour l'épuisement émotionnel

Les études concernant les interventions de prévention et de prise en charge du burnout sont peu fréquemment évaluées et présentent de nombreuses limites :

- biais de sélection : participants généralement volontaires ou convaincus
- intervention ponctuelle
- suivi de courte durée
- échantillons de petite taille
- hétérogénéité des interventions
- difficulté d'interprétation de la modification du MBI au niveau clinique⁷⁸

Enfin chaque facteur associé au burnout, chaque intervention possible mériterait une analyse détaillée quant à leurs formes, leurs processus, leurs implications. Toutefois ce travail s'éloigne des objectifs du projet.

Messages-clés

- **Les facteurs liés au burnout ou à ses composantes peuvent être catégorisés en facteurs individuels, facteurs liés à la pratique de la médecine (facteurs intrinsèques), et facteurs liés à l'environnement de travail et à l'organisation (facteurs extrinsèques).**
- **L'absence d'étude de bonne qualité empêche de définir une relation causale entre les facteurs identifiés et la survenue du burnout.**
- **Les interventions de prévention ou de prise en charge du burnout peuvent être catégorisées en interventions centrées sur la personne, organisationnelles ou combinant les deux.**
- **Aucune intervention spécifique ne ressort de l'analyse de la littérature.**
- **Les interventions organisationnelles ou combinées montrent une efficacité plus durable quoique dépassant rarement 12 mois.**
- **Les facteurs favorisant l'efficacité de l'intervention sont: son ajustement aux caractéristiques du public cible, la continuité et la répétition des actions, la combinaison des types d'interventions.**
- **Une série de facteurs favorisant l'acceptabilité et la participation à l'intervention est relevée dans la littérature. Ils concernent principalement les modalités pratiques (horaire, participation financière, anonymat, interactivité, etc.) et la création d'un environnement favorable (par exemple, la législation).**

6 ENTRETIENS AVEC DES GÉNÉRALISTES CONCERNÉS PAR LA PROBLÉMATIQUE DU BURNOUT

6.1 OBJECTIF DES ENTRETIENS

Les entretiens qualitatifs avec des médecins concernés personnellement par le burnout ont pour objectif de :

- Identifier leurs perceptions des causes attribuables à leur burnout
- Identifier les freins éventuels à la recherche d'aide
- Identifier leurs propositions de pistes de prévention et de prise en charge du burnout des médecins généralistes (MG).

Cette démarche qualitative s'inscrit dans une perspective phénoménologique. Le but est de recueillir et d'analyser le point de vue des personnes sur le phénomène du burnout à partir de leur expérience vécue. Il s'agit donc toujours dans le chef des répondants d'une reconstruction subjective de leur expérience. Dans ce type de démarche, l'ambition n'est donc pas d'atteindre par exemple aux raisons « objectives » du burnout.

6.2 METHODOLOGIE DES ENTRETIENS

6.2.1 Echantillon et recrutement des participants

Il a été prévu de mener 40 entretiens avec des médecins généralistes concernés et/ou ayant été concernés par la problématique du burnout (20 francophones et 20 néerlandophones).

Le recrutement des participants a été effectué via un site internet (<http://dev.ulb.ac.be/tef/burnout>) (voir en annexe) développé en français et en néerlandais dont la publicité a été assurée par voie de presse médicale et grâce à la collaboration des associations scientifiques et professionnelles de médecins généralistes (Société Scientifique de Médecine Générale, Domus Medica, Fédération des Maisons Médicales, Syndicaat van Vlaamse Huisartsen, Association des Médecins de Famille - Vereniging van Huisartsen, le CARTEL, Forum des Associations de Généralistes).

Outre des informations relatives à l'étude, la page d'accueil du site offrait aux médecins généralistes qui le consultaient la possibilité de :

- soit s'inscrire directement sur le site s'ils avaient été diagnostiqués en burnout par un confrère⁸,
- soit effectuer un test permettant d'identifier s'ils étaient concernés par le burnout en utilisant le Maslash Burnout Inventory (MBI).

En fonction de son score, chaque MG se voyait attribuer un « filtre » de participation à l'étude : soit être interrogé dans le cadre d'un entretien ; soit participer à l'étude « Delphi » (voir chapitre 'Delphi'), soit aux deux. Par ailleurs, il était également possible pour les MG de prendre directement contact avec l'équipe de recherche s'ils le souhaitaient.

Les médecins qui ont participé aux entretiens ont reçu un dédommagement de 100 euros. Ce même montant était prévu pour la participation aux deux tours de l'enquête Delphi.

Un avis favorable relatif aux collectes de données qualitatives (entretiens et technique Delphi) a été émis par le Comité d'éthique ULB-Erasme le 17 août 2010.

⁸ Dans les faits, il s'est avéré que plusieurs médecins généralistes se sont inscrits directement sur le site en s'étant auto-diagnostiqués « comme ayant été/étant en burnout ». Ceci n'a rien d'étonnant dans la mesure où, parmi la population des MG interrogés, rares sont ceux qui ont un médecin traitant de référence ; pour l'essentiel, ils sont leur propre référent et donc, s'auto-diagnostiquent et s'auto-médiquent fréquemment.

Le site a compté 697 visiteurs, dont 190 (27,3%) se sont inscrits pour participer à l'étude. Parmi ceux-ci, 38,9% sont francophones et 61,1% sont néerlandophones.

Le détail du profil des candidats est présenté en annexe.

Les entretiens se sont déroulés d'août à décembre 2011.

6.2.2 Outil de collecte : guide d'entretien

Les entretiens étaient des entretiens non-directifs en face à face. Ils ont été réalisés au départ d'un canevas. Celui-ci débutait par une question-consigne, question ouverte conçue de manière à privilégier l'expression libre du médecin généraliste, ce qui demandait à l'enquêteur d'interagir directement avec lui, de s'adapter à la situation et de réorienter l'entretien si cela s'avérait nécessaire.

Le canevas d'entretien préalablement défini figure en annexe.

6.2.3 Traitement et analyse

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Seul un entretien « francophone » n'a pu être enregistré. En moyenne, ils ont duré entre 60 et 90 minutes. L'anonymat des MG rencontrés a bien entendu été garanti.

Il y a lieu de noter que nos entrevues ont quelques fois suscité beaucoup de réactivité et d'émotivité de la part des MG non seulement face à la problématique du burnout mais aussi de manière plus globale, face aux difficultés que ces personnes rencontrent dans le cadre de leur activité professionnelle.

Il convient cependant de ne pas perdre de vue que les entretiens ont été menés avec une population de médecins généralistes non « homogène » par rapport à la problématique qui nous occupe. En effet, certains ont été diagnostiqués par le corps médical ou se sont autodiagnostiqués en burnout ; pour d'autres, les scores au MBI mettaient en évidence une sensibilité particulière à la problématique, sensibilité dont ils étaient conscients ou non. Par ailleurs, certains MG nous ont directement contactés pour nous transmettre des informations qu'ils estimaient utiles dans le cadre de cette enquête.

L'analyse des entretiens a été organisée autour des thèmes abordés par les MG ou qui relèvent du canevas d'entretien selon trois axes complémentaires et intimement liés :

- la « quantité de travail » du MG,
- la « qualité du travail »
- le récit du burnout vécu, autrement dit les symptômes, sensations et sentiments décrits par les répondants lorsque le diagnostic du burnout a été posé ou lorsque le MG se sent ou s'est senti en difficulté ainsi que les voies par lesquelles il a cherché à sortir de cette situation.

Ensuite, les propositions formulées par les MG pour prévenir et prendre en charge les situations de burnout ont été exposées.

L'analyse est d'abord une analyse thématique, guidée par les objectifs décrits plus haut. A l'intérieur de ces thèmes, des axes spécifiques ont alors émergé du matériel recueilli. Ce matériel a d'abord fait apparaître des catégories principales comme, par exemple, la charge de travail, la charge administrative, les relations aux patients, les relations aux confrères. Des associations sont ensuite apparues entre certaines de ces catégories comme par exemple, et sans surprise, entre la charge de travail et la charge administrative. Ce sont ces associations qui ont autorisé des catégorisations chaque fois plus larges pour parvenir aux trois axes qui organisent finalement la présentation des résultats.

6.3 RÉSULTATS DES ENTRETIENS

6.3.1 Echantillon observé

Une présentation descriptive simple des médecins interrogés dans le cadre des entretiens figure en annexe.

Quarante entretiens ont été effectués auprès de 20 hommes et 20 femmes avec une hétérogénéité en termes de :

- couverture géographique : nous avons couvert l'ensemble des provinces de la Région wallonne et de la Région flamande ainsi que la Région de Bruxelles-Capitale. Les lieux d'implantation des cabinets médicaux sont soit urbains, semi-urbains (petites villes ou noyaux urbains périphériques) ou ruraux ;
- classes d'âge: les MG interrogés étaient âgés de 25 ans à plus de 60 ans ;
- mode de pratique: en individuel, en semi-groupe (duo ou trio en monodisciplinaire, médecin travaillant exclusivement en maison de repos pour personnes âgées) et en groupe (essentiellement maisons médicales), pratique combinée (individuel et groupe) et milieu hospitalier.

L'obtention de cette hétérogénéité de caractéristiques n'est pas le résultat d'une sélection des répondants. En effet, la méthode de recrutement choisie nous a à peine permis d'obtenir le nombre de répondants souhaités, après les inévitables refus de participation en cours de processus.

Une part de l'analyse a pu mettre en évidence des associations entre certaines de ces caractéristiques et certains fragments de récits d'expérience, comme entre l'âge, le sexe et l'organisation de la charge horaire. Une mise au jour plus systématique de ce type d'associations mériterait d'être entreprise de même qu'une autre méthode d'analyse qui se focaliserait sur la reconstitution de la logique de pensée et d'action de chaque répondant et la construction de regroupements de logiques composant alors des « représentations ». En tout état de cause, dans les limites des quarante entretiens qui étaient prescrits, le but n'a jamais été de parvenir à la « saturation » sur quelque caractéristique que ce soit.

6.3.2 Contexte d'entretien et perception du burnout par les MG interrogés

Pour aborder la question du burnout tel qu'éprouvé par les médecins généralistes ayant accepté un entretien, il nous est très rapidement apparu impératif de sortir du burnout comme catégorie médicale.

La problématisation du burnout par les MG déborde en effet de cette catégorisation de toutes parts. Elle montre en tous cas combien, du point de vue de l'expérience, directe ou indirecte, cette notion est floue, indéterminée, aux contours incertains. Bien sûr, enjoins à s'exprimer dans les termes du symptôme, les MG ont rappelé et confirmé les symptômes les plus souvent référencés dans la littérature : fatigue chronique, insomnies,... Mais cette description apparaît à tous comme particulièrement insatisfaisante. Car, comme nous le pressentons, il s'agit bien d'abord d'une expérience, de mal-être sans doute, mais que cette qualification ne suffit pas à épuiser. Elle est une expérience de « souffrance au travail » qui suscite des discours réflexifs se situant à des niveaux de pertinence variés, du micro au macro en passant par le méso-sociologique. Les MG peuvent en appeler ainsi aux relations avec les patients au sein du cabinet (micro), à l'organisation des gardes dans leur zone d'intervention (méso) ou encore à la place de la médecine dans l'échelonnement des soins (macro). Ce sont ces discours que nous avons choisi de faire entendre, parfois très éloignés de ceux que l'on a coutume d'entendre à propos de l'ordre des phénomènes désignés par la notion, psycho-sociale, de burnout.

Ainsi, à la lecture de ces points de vue, certains seront sans nul doute surpris qu'il y est fait si peu de cas des « facteurs personnels » du burnout. Ceci n'est lié, selon nous, ni au dispositif d'interview, ni à une quelconque retenue des intervieweurs aux moments – rares – où des considérations de cette nature ont trouvé à s'exprimer ni aux procédures d'analyse mais bien à la teneur des discours eux-mêmes tels que nous les avons entendus. Il est bien arrivé à certains de nos répondants de témoigner de leurs faiblesses mais toujours au détour d'un discours qui mettait d'autres facteurs en cause et la place qui était faite à ces fragilités ne nous a jamais semblé justifier qu'on leur consacre un axe à part entière, sauf à surinterpréter le matériel.

Les discours des MG font donc surtout référence à des éléments de contexte, éléments déterminant grandement, de leur point de vue, les transformations récentes de l'exercice de leur pratique, c'est-à-dire :

- aux évolutions sociétales qui entraînent de la part de certains patients des demandes plus sociales que médicales, des exigences de disponibilité des MG augmentée (être disponible pour fournir des ordonnances, pour remplir des documents, ...) ; le fait que le (la) conjoint(e) du MG est désormais le plus souvent actif(ve) lui-même (elle-même), la féminisation de la profession, les difficultés croissantes de conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée ;
- aux évolutions démographiques : d'une part, le vieillissement de la population et d'autre part, la croissance du nombre de maladies chroniques ;
- aux tensions de la démographie médicale et, par extension, aux craintes de certains MG de ne pouvoir maintenir une permanence régulière (gardes) dans certaines sous-régions à la suite du manque d'installation de jeunes MG dans certaines zones. La pénurie se fait ressentir dans des poches de plus en plus importantes au fur et à mesure que l'on s'éloigne des centres urbains ;
- à l'évolution de la réglementation des soins et des tâches qui y sont liées ;
- aux technologies de l'information (GSM, internet, dossier médical informatisé) qui présentent leur lot d'avantages et d'inconvénients ;
- au manque d'attractivité de la profession (reconnaissance du métier, honoraires) ;
- au système de soins de santé qui ne reconnaît pas la priorité de la médecine de première ligne et son rôle dans la prévention. En matière de politique de santé, la part d'activité que le MG peut consacrer au niveau préventif est faible ;
- à la formation universitaire toujours hospitalo-centrique, focalisée sur les spécialités, manquant d'ouverture aux dimensions psychologiques, sociales et économiques de la pratique médicale

En conséquence, le burnout et les risques psycho-sociaux auxquels sont soumis les répondants sont le résultat de différentes configurations incluant à la fois des problématiques liées à la profession et des difficultés personnelles ou familiales (maladie, divorce) mais, sous-jacents, il y a, clairement pointés par les répondants, primo, des évolutions sociétales et, secundo, un certain nombre d'éléments structurels relatifs au système de santé belge.

6.3.3 Perceptions du burnout par les médecins généralistes concernés

Les résultats complets sont présentés en annexes selon trois axes étroitement liés :

- la **quantité de travail** du MG : notre attention a porté sur les thèmes suivants : la charge de travail, la gestion des incertitudes, la diversité de l'activité, les tâches administratives et les gardes ;
- la **qualité du travail** du MG : il traite des relations des médecins généralistes avec leurs patients et avec leurs confrères/consœurs et de la conciliation vie professionnelle et vie privée,
- le **récit du burnout** : les symptômes du burnout, les sensations et sentiments qui y sont associés, le recours à un médecin traitant en cas de maladie, la recherche d'aide en cas de burnout et/ou pour faire face à des situations difficiles au plan psychique.

Il est à noter que l'ordre de présentation des axes et des catégories constitutives ne respecte pas une hiérarchie qui aurait été clairement établie par nos répondants. Cependant, il est indéniable que le premier facteur incriminé a été la quantité de travail.

6.3.4 Synthèse des propositions de prévention et de prise en charge du burnout

6.3.4.1 *Promouvoir le travail collectif*

Comme la charge de travail est le principal facteur incriminé par les répondants dans la survenue d'un état de burnout ou d'une condition approchée, la proposition la plus couramment formulée est de regrouper les médecins. La formule préconisée est plutôt une formule de travail en duo, en trio voire en quatuor plutôt qu'une structure multidisciplinaire du type maison médicale. Ceci est particulièrement vrai pour la Région wallonne où ces formules de regroupements légers sont bien moins nombreuses que dans les autres régions.

Cette proposition est particulièrement le fait des médecins généralistes pratiquant en zone rurale ou semi-urbaine, en raison de la sous-représentation perçue des jeunes générations.

Le travail de groupe appelle une vision commune de l'activité et quelques connaissances en matière de gestion.

6.3.4.2 *Intervenir sur la démographie médicale. Juguler la pénurie*

La pénurie de médecins a des répercussions sur la charge de travail mais également sur la qualité des relations entre confrères et sur la possibilité d'un travail de groupe même si celui-ci peut s'imposer comme la solution la plus rationnelle. Ceci est dû, selon les dires des répondants et en particulier dans les zones rurales et semi-urbaines, à la faible présence des jeunes générations et au peu de propension des plus âgés à changer leur mode de travail, en solo.

La problématique de la pénurie semble moins préoccupante aux yeux des médecins de la Région flamande mais est néanmoins abordée. Il est fait peu référence aux mesures « Impulseo » en Région wallonne en comparaison avec la Région flamande. Par méconnaissance ?

6.3.4.3 *Améliorer les services de garde*

L'organisation des gardes est placée par certains médecins généralistes tout en haut des motifs d'épuisement. Cette organisation est très sensible à la démographie médicale locale. De fortes inégalités se font ainsi jour d'une zone géographique à l'autre et d'une tranche d'âge à l'autre en termes de fréquence des gardes.

Un des principaux sujets de mécontentement c'est l'enchaînement de la garde de nuit et de la reprise du travail le lendemain. Une des propositions est ainsi de permettre de n'avoir pas à reprendre le travail le lendemain et notamment en prévoyant un mode de rémunération des gardes qui compenserait au moins pour partie le manque à gagner.

Une autre proposition relative aux gardes serait de morceler le temps de garde, de prévoir un système par tranche horaire, par exemple de 4 à 6 heures. Cette formule aurait pour avantage de ramener dans le circuit des médecins fatigués qui n'avaient d'autre recours jusqu'ici que de se retirer du système pour raison médicale.

Enfin le système des postes de garde, déjà en vigueur selon diverses variantes dans certaines zones, a les faveurs de beaucoup. Beaucoup souhaitent que ce système se généralise. La question est ouverte quant à savoir qui doit le financer, les médecins de la zone ou l'Etat.

6.3.4.4 *Faciliter le travail administratif*

Beaucoup de plaintes concernent le travail administratif et le contrôle tatillon et mal vécu exercé par l'INAMI. Les conditions de l'activité ont considérablement évolué depuis l'entrée massive des femmes sur le marché du travail et la féminisation du corps médical. La part de travail administratif est ainsi de moins en moins assurée par le conjoint. Les médecins en pratique solo voire en duo ne semblent par ailleurs pas pouvoir supporter le coût salarial d'un poste de secrétaire.

Les propositions concernent ainsi un soutien financier à l'externalisation du travail administratif, qu'il s'agisse de l'engagement d'un personnel à temps partiel (surtout pour les médecins en pratique solo) ou le recours à des sociétés de service (télésecrétariat par exemple).

6.3.4.5 *Repenser l'échelonnement des soins*

Les plaintes exprimées à la faveur du discours sur le burnout concernent en grande partie le manque de reconnaissance dont les médecins généralistes estiment être l'objet, de la part tout à la fois des patients et des spécialistes.

Ce manque de reconnaissance tient pour eux à la place de la médecine générale dans le système de soins. Un rééchelonnement des soins s'impose ainsi pour beaucoup. Pour certains, la médecine générale doit être une véritable première ligne, oeuvrant à la façon d'un filtre obligé avant tout recours aux spécialités. Cette disposition reconnaîtrait la compétence des MG liée à leur connaissance intime des patients et à leur confrontation régulière à des problématiques psychologiques. Ce rééchelonnement des soins a des conséquences multiples en termes de formation, de gestion centralisée des dossiers médicaux, de modalités de rémunération des prestations et de remboursement des patients.

6.3.4.6 *Fonctionnariser la médecine ?*

La pratique médicale bien qu'elle soit très majoritairement une activité d'indépendant est soumise à de multiples contraintes institutionnelles. Parmi ces contraintes on trouve les obligations, déontologiques et légales, relatives à la continuité des soins et le respect des accords médico-mutuellistes en matière d'honoraires. Beaucoup se plaignent de ce que ces contraintes pèsent à la fois lourd dans la charge (la continuité des soins) et lourd dans la rémunération du travail (les honoraires fixes).

Les propositions à ce niveau sont alternativement soit une assurance ou protection financière (renvoyant à une rémunération par l'Etat) en échange des contraintes liées à la disponibilité soit un assouplissement des obligations liées à cette dernière (par exemple suppression de l'obligation de se déplacer) en échange de l'insécurité financière. Bien des médecins ont choisi en faveur de la première solution et en appelle à une fonctionnarisation de la médecine, une fonctionnarisation qui, selon eux, aurait déjà un certain succès dans la profession à travers les maisons médicales ou les autres formes de pratique comme médecin à l'Office National de l'Enfance (ONE) ou médecin scolaire.

6.3.4.7 *Mieux contrôler la charge psycho-sociale. « Apprendre à poser des limites ».*

A entendre les médecins généralistes, la relation médicale s'est considérablement complexifiée, essentiellement en raison des problématiques et des niveaux d'attente des patients, qui exigent d'eux plus d'investissement psychologique et soulèvent de manière régulière et pressante la question des limites à poser.

Les médecins généralistes interrogés ont la « fibre psychologique » et sont sans doute dès lors plus exposés aux implications émotionnelles de leur pratique. S'ils reconnaissent que cette caractéristique les fragilise, ils ne rapportent pour ainsi dire jamais cette fragilité à un caractère spécifique de leur personnalité, sur laquelle il faudrait en conséquence faire porter des efforts préventifs ou thérapeutiques.

Les propositions à ce niveau se rapportent principalement à la formation. Il faut mieux former au psycho-social, ce dernier champ constituant le parent pauvre de la formation de base actuelle. La formation continue doit également être améliorée et proposer des contenus plus spécifiques, qu'ils aient trait aux dimensions psycho-sociales ou qu'ils comprennent des informations pratiques de nature à stimuler la pratique de groupe. Il s'agirait également d'encourager la supervision que certains voudraient voir accessible gratuitement. La formation continue doit être favorisée, notamment en la prévoyant le jour et non plus après des journées de travail déjà trop remplies.

D'après les répondants, en Région flamande, des voix se sont fait entendre en faveur du développement d'une première ligne en santé mentale, ce qui soulagerait d'autant le médecin généraliste.

6.3.4.8 *Améliorer les relations entre confrères*

Les relations entre confrères ne sont pas toujours au beau fixe et certaines d'entre elles peuvent conduire à des états de burnout ou qui en sont proches. On ne se parle guère de ses éventuelles difficultés émotionnelles ou à soutenir le rythme, ni dans les GLEMS ni dans les cercles. La concurrence est encore parfois rude, avec des clivages qui cherchent à vous dérober des patients ou à vous dénigrer. Des clivages sont apparus entre générations autour de la conception du métier, les uns, les plus âgés, ne prenant aucune liberté avec le principe de disponibilité absolue, les autres davantage soucieux de concilier leur vie de famille avec leur vie professionnelle au prix de quelques entorses à l'idéal des premiers. Ces clivages conduisent à des oppositions parfois destructrices dans les relations de travail au quotidien.

Les structures « confraternelles » existantes peuvent-elles être des lieux où échanger sur ses difficultés à assumer sa charge de travail ? Beaucoup en doutent mais certains pensent qu'il faut y réfléchir. Les médecins généralistes sont par contre plus unanimes à penser que beaucoup de difficultés de cet ordre pourraient être aplanies par la pratique de groupe.

6.3.4.9 *Prendre en charge le burnout*

Les médecins interrogés ont reconnu dans leur quasi-totalité ne pas avoir de médecin traitant.

D'une manière générale, la médecine du travail n'apparaît pas offrir un modèle satisfaisant pour prévenir et prendre en charge le burnout.

L'utilité d'une structure *ad hoc* est néanmoins pointée, une structure non obligatoire dans le recours et non coercitive dans ses avis. Des incitants financiers pourraient encourager les médecins généralistes à s'y adresser.

D'autres propositions en termes de structure vont plutôt dans le sens de groupes de parole ou de groupes organisés autour de l'apprentissage de moyens de prévention.

Un rôle d'ombudsman, externe ou interne, a également été proposé et en particulier pour régler des conflits internes à des collectifs de pratique médicale (notamment les maisons médicales), conflits qui peuvent à terme conduire certains de leurs protagonistes vers le burnout.

6.4 CONCLUSION

Le principal parti pris méthodologique de cette enquête par entretiens a consisté à envisager le burnout comme une expérience, un moment déterminé dans une trajectoire qui y mène et lui donne sens. Même encouragés à produire un récit de vie qui remonterait à des prémices et lierait entre eux des événements significatifs, nos répondants nous ont rarement livré une telle histoire. Des événements singuliers, tragiques, ont certes parfois été épinglés, des décès de proches, des chocs émotionnels, pour les rapporter sans hésitation à un burnout ou pour nouer entre ceux-là et celui-ci un lien indirect. Pour la plupart cependant, le burnout résulte d'un processus insidieux d'épuisement, auquel contribuent quantité de sources de frustrations. Et la vie privée est rarement citée comme l'une de ces sources, alors même que les MG interrogés ne nous ont pas semblés spécialement enclins à la retenue. C'est le mot "accumulation" qui s'est imposé le plus souvent.

Les discours ont été foisonnants sur la question étiologique, mettant l'accent de manière spectaculaire sur les conditions de travail, la charge et l'intensité du travail tout particulièrement, facteurs eux-mêmes mis en résonance avec des aspects plus structurels comme la formation, les relations de confraternité, les rapports avec les autorités de tutelle ou le positionnement de la médecine générale dans l'échelonnement des soins.

Ces discours ont-ils été induits par les chercheurs, sociologues? Nous ne le pensons pas. Le guide d'entretien était un canevas conçu dans un esprit explicitement non directif et, à l'intérieur de ce cadre très souple, nous n'avons jamais eu besoin de susciter la parole. Les médecins généralistes sont de bons sujets pour l'enquête par entretiens.

Nous avons donc recueilli un grand nombre de discours critiques portant sur les conditions de travail, soit directement comme en Wallonie soit de manière plus indirecte, comme en Région flamande, via les répercussions de ces conditions sur les relations au patient. Ces conditions de travail ont fait l'objet de perceptions contrastées, variant essentiellement selon l'âge, le genre et le lieu géographique d'exercice. Deux clivages majeurs sont ainsi apparus, le premier générationnel, le second géographique. Les médecins âgés et leurs confrères plus jeunes semblent partager une charge de travail assez semblable mais, contrairement aux seconds, les premiers semblent avoir subordonné la vie de famille à la vie professionnelle, reproduisant le schéma classique d'une pratique en solo soutenue par un conjoint aidant, celui-ci assurant les tâches domestiques, l'éducation des enfants et les tâches administratives liées à l'activité médicale. Ce qui est apparu assez clairement des entretiens c'est que les médecins plus jeunes ne peuvent se résoudre à sacrifier ainsi leur vie de famille. Une difficile tension entre vie privée et vie professionnelle est alors leur lot et particulièrement celui des femmes médecins bien que les jeunes hommes y soient également sensibles. Libérer du temps est important pour eux mais ce souhait de liberté se heurte à l'impératif déontologique de la disponibilité au patient et de la continuité des soins. Toute prise de liberté est alors vécue sur le mode de la culpabilité, usante. Les jeunes médecins sont pour cette raison particulièrement attirés par la médecine de groupe. Les plus âgés le sont aussi mais le pli est pris, la routine s'est installée et ils sont plusieurs à regretter de ne pas s'être lancés dans l'expérience. Pour eux il est trop tard pour envisager encore une transformation radicale de leur mode d'exercice. Le second clivage, recoupant le précédent, divise deux lieux de pratique, les villes et les zones rurales. Beaucoup de témoignages font état d'un déséquilibre démographique marquant dans les régions rurales. Les jeunes ne s'y installent plus et les plus âgés y deviennent majoritaires, avec les difficultés que cela implique en termes notamment d'organisation des gardes. Ces dernières sont alors assurées par des jeunes en sous nombre et cette situation crée des inégalités géographiques fortes au plan de la charge de travail.

La pratique de groupe est ainsi souvent citée comme solution, particulièrement par les jeunes générations car elle permet la libération de plages de loisirs par la mutualisation de l'obligation de la continuité des soins, une meilleure organisation des gardes et, par des investissements financiers communs, la recherche de solutions administratives sous la forme d'un poste de secrétariat ou le recours à des services externalisés.

La pratique de groupe comme horizon souhaité est plus souvent évoquée en Wallonie qu'en Région flamande, probablement parce la médecine de petit groupe, monodisciplinaire, y est moins répandue. Les mesures IMPULSEO sont également moins citées par les médecins francophones. Parce qu'ils les connaissent moins? Le travail en Maisons médicales, structure bien moins développée en Région flamande, est parfois lui aussi envisagé mais dans une mesure moindre. L'implication dans une telle structure semble toujours aller de pair avec un certain sens de l'engagement, politique et idéologique.

La relation au patient est également citée comme facteur de burnout, mais pas en première ligne. Bien sûr celle-ci a beaucoup évolué ces 20, 30 dernières années. Les plaintes formulées en consultation renvoient à des problématiques multidimensionnelles, psychosociales, plus complexes que par le passé. Ici aussi des déséquilibres régionaux s'observent. Souvent, les patients sont dits mieux informés, plus exigeants, s'installant plus volontiers dans une relation de type consumériste et le confort de la relation d'autorité d'antan semble avoir disparu de la scène en beaucoup d'endroits, surtout en ville. Si des témoignages de franche agressivité ont rarement été recueillis, surtout verbale, exceptionnellement physique, nos répondants ont néanmoins fait état de plusieurs marques de non respect. Il n'en demeure pas moins que la plupart aiment leur métier, reconnaissent retirer beaucoup de satisfactions de cette relation, satisfactions qui justifient la poursuite d'un travail par ailleurs "impossible".

La relation au patient s'est donc trouvée compliquée et semble requérir du médecin généraliste des compétences d'ordre psychologique – et notamment de nature à poser des limites à son engagement - pour lesquelles il n'a pas été formé. C'est la raison pour laquelle les répondants ont appelé à la mise sur pied de formations de base et continues plus ouvertes aux dimensions psycho-sociales de la pratique. Si la relation au patient s'est compliquée en raison d'une relative horizontalisation, cette dernière a également permis l'instauration d'espaces de négociations entre médecins et patients et notamment autour de la disponibilité.

Le corps professionnel des MG pose question à l'analyste extérieur. Les relations confraternelles ne paraissent pas plus sereines, moins concurrentielles, en ces temps de pénurie qu'à l'époque de la pléthore des années 70-80. Outre le clivage déjà mentionné entre générations, peu de signes de solidarité ont été entendus. Dans les GLEMs et les dodécagroupes on ne se parle quasi-jamais de ses difficultés à faire face à la surcharge de travail ni de ses épuisements. On ne s'ouvre pas à un médecin traitant car pour la plupart on n'en a pas. Lorsque des propositions sont formulées au plan d'un suivi spécialisé assuré par un confrère, on ne souhaite surtout pas que ce confrère officie dans sa zone d'intervention. Les relations les plus satisfaisantes relèvent alors des affinités électives propres aux relations amicales. Une certaine solitude est ainsi perceptible dans le discours des MG, quel que soit leur âge. On peut penser qu'elle est également à la source de la volonté de beaucoup de travailler avec d'autres.

Les patients ne sont pas les seuls à ne pas témoigner toute la reconnaissance que les MG s'estiment en droit d'attendre. Il en va ainsi des confrères spécialistes et des autorités de tutelle et notamment par la volonté de contrôle de ces dernières, interprétée comme vexatoire. En fait, c'est le positionnement subalterne de la médecine générale dans l'échelonnement des soins qui se trouverait ainsi manifesté. L'honneur de la médecine générale doit ainsi être restauré, en la remettant à sa juste place, en première ligne.

Les MG interrogés se sont montrés beaucoup moins diserts quand il s'est agi d'énoncer des propositions de prévention et de prise en charge du burnout. Est-ce là un effet de la passe difficile qu'ils ont ou ont eu à traverser? Les propositions sont très générales, assez vagues pour l'essentiel. Elles concernent la promotion du travail collectif, la redistribution géographique des effectifs, l'organisation de postes de garde permanents, des soutiens financiers à une assistance administrative, une modification de la formation de base pour y faire plus de place au suivi psycho-social des patients, des mesures de politique générale en vue d'un repositionnement de la médecine générale voire de son éventuelle fonctionnarisation. Pour ce qui est de la prise en charge, les MG interrogés semblent méconnaître l'offre existante, coaching et clinique du stress. Ils ne seraient pas opposés à la mise sur pied d'une structure non obligatoire dans le recours et non coercitive dans ses avis et encourageraient les groupes de parole.

La médecine générale est-elle en crise? Les chiffres de prévalence du burnout suscitent ici et là beaucoup d'inquiétudes. Des craintes persistantes sont formulées quant à la sortie prématurée de l'emploi des jeunes médecins généralistes. A entendre les médecins en entretiens, l'un des principaux responsables est une charge de travail qu'ils ne parviennent plus à maîtriser, pour de multiples raisons. Beaucoup pensent que cette maîtrise serait assurée, au moins bien mieux que jusqu'ici, s'ils avaient l'occasion de travailler en groupe, s'ils pouvaient ainsi échanger des savoirs et expériences au quotidien, partager des ressources matérielles, gérer mieux le flux des patients, faire front à leurs exigences et libérer parfois du temps pour eux et leurs proches. Et cette aspiration au travail collectif exige une réflexion en profondeur sur ce qui la décourage: le déséquilibre démographique, la désertification de certaines régions et, parfois, la méfiance entre confrères...

Messages-clés

- **La question étiologique du burnout (conditions de travail, formation, confraternité, rapport avec les autorités...) domine dans le discours des répondants.**
- **La pratique de groupe apparaît maintes fois comme une solution.**
- **La relation au patient est une dimension complexe, à la fois source de satisfaction et source potentielle de burnout.**
- **Les propositions de prévention et de prise en charge sont peu spécifiques (travail collectif, assistance administrative, modification de la formation de base, etc.)**

7 COMPARAISON INTERNATIONALE DES PROGRAMMES DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES MÉDECINS

7.1 OBJECTIF DE LA COMPARAISON INTERNATIONALE

L'objectif de ce chapitre consiste à étudier les structures de prise en charge de la santé des médecins (prévention primaire, secondaire et tertiaire) mises en œuvre à l'étranger et à identifier celles qui pourraient être adoptées en Belgique.

En particulier, nous veillerons à identifier les initiatives et programmes établis pour prévenir, dépister et soutenir les professionnels de santé qui font face à des facteurs de stress tels qu'ils conduisent ceux-ci à l'épuisement professionnel et chercherons les données établissant leur efficacité.

La synthèse des expériences internationales a été présentée aux stakeholders en vue d'évaluer leur acceptabilité et leur faisabilité et de proposer des solutions spécifiquement dédiées aux médecins généralistes.

7.2 METHODOLOGIE DE LA COMPARAISON INTERNATIONALE

7.2.1 Sélection des pays pour la comparaison internationale

Lors de la première réunion d'experts, l'objectif de cette comparaison internationale a été exposé en vue d'obtenir l'identification de pays dans lesquels des initiatives intéressantes ont été développées dans le cadre du continuum de prise en charge des médecins en burnout, de la prévention primaire à la prévention tertiaire. Au cours de cette réunion, la liste des pays suivants a été établie : France, Espagne, Suisse, Norvège, Irlande, Royaume-Uni, Canada et Australie. Pour chacun de ces pays, le nom des programmes les plus connus ont été évoqués : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux 'AAPML' en France, 'Doctors for Doctors' au Royaume-Uni, le Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade 'PAIMM' en Espagne, le Irish College of General Practitioners 'ICGP Health in Practice Programme' en Irlande, le Victorian Doctors Health Program en Australie (VDHP), le Programme d'Aide aux Médecins du Québec ainsi que les programmes spécifiques des provinces canadiennes. Les programmes développés par ces pays couvrent un large spectre d'interventions intervenant à plusieurs niveaux (de la promotion de la santé à la prise en charge thérapeutique des médecins en souffrance) ; ils sont donc représentatifs des programmes existants sur le plan international. Notons que d'autres pays (tels que les Pays-Bas) ont également mis en œuvre une prise en charge échelonnée des médecins en burnout par l'intermédiaire de l'association professionnelle des médecins (Landelijke Huisartsen Vereniging)^h.

7.2.2 Bases de données consultées

Pour chacun de ces pays, les sites internet des associations professionnelles de médecins ont été consultés afin d'obtenir le maximum d'informations au sujet des programmes développés. Une prise de contact personnelle avec les initiateurs de chaque projet a permis de compléter les informations disponibles et d'obtenir des données non publiées (rapports d'évaluation des projets par exemple). Les bases de données documentaires (Medline, Embase, Sociological abstract) ont été consultées afin d'identifier les recherches sur ces initiatives/programmes qui auraient fait l'objet de publications dans des revues indexées. Finalement, la participation à la Conférence organisée par la European Association for Physician Health à Barcelone en décembre 2010 nous a permis de rencontrer les initiateurs de certains programmes et de compléter les descriptions réalisées.

^h Communication du Professeur Lieve Peremans
(<http://lhv.artsennet.nl/huisartsenzorg/Kwaliteit/Disfunctioneren.htm>)

7.2.3 Analyse

Pour chacun des pays envisagés, le(s) programme(s) ont été décrits en suivant un canevas identique : constat initial, dispositif mis en place, population concernée, structure d'appui et financement, modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires, organisation de la prise en charge des médecins bénéficiaires, supervision et évaluation du programme.

La description complète par pays est proposée en annexe.

Un premier tableau de synthèse (voir en annexe) présente les éléments descripteurs de chaque structure de prise en charge des médecins en souffrance, par pays : nom et acronyme du programme, initiateur, place du programme sur le continuum de prise en charge et mode de prise en charge (ambulatoire/institutionnel), date de mise en œuvre, population concernée, objectifs poursuivis, dispositif et structure d'appui, financement, respect de l'anonymat, modalités d'adhésion et d'exclusion des bénéficiaires, principaux problèmes traités, organisation et prise en charge des bénéficiaires, évaluation, succès et difficultés rencontrés dans la mise en œuvre des dispositifs ainsi que les projets d'extension à d'autres groupes professionnels ou d'autres régions du pays.

Un deuxième tableau (voir en annexe) résume les principales caractéristiques de chaque structure en mettant l'accent sur le niveau de prise en charge (promotif, préventif, curatif)ⁱ, le mode de prise en charge (consultation, one day ou séjour résidentiel), la philosophie de prise en charge (accès spontané et libre, possibilité de référencement, accès imposé et information des instances régulatrices), le public cible et la participation financière éventuelle du médecin à sa prise en charge.

Finalement, une analyse transversale de tous les dispositifs étudiés a permis de les classer en trois catégories : les dispositifs à bas seuil d'accès, les dispositifs de coordination des soins et les dispositifs de traitement et de présenter les acteurs incontournables de la prise en charge des médecins en souffrance.

7.3 LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES MÉDECINS

7.3.1 Contexte historique

7.3.1.1 *Du médecin malade...*

Historiquement, le traitement des médecins malades a été associé à la prise en charge de l'incapacité des médecins à exercer leur profession⁸¹. Cette prise en charge était, avant les années 70, essentiellement punitive et gérée uniquement par les instances de régulation (l'ordre des médecins ou les collèges de médecine dans les pays anglo-saxons). Ce n'est qu'au cours des années 70 qu'elle a fait l'objet d'une médicalisation importante, grâce au rôle pionnier joué par les États-Unis⁸².

En 1974, le concept du « médecin malade » est apparu dans un document de l'Association Médicale Américaine (American Medical Association ou AMA) intitulé « The Sick Physician : impairment by psychiatric disorders including alcoholism and drug dependencies »⁸³. Ce rapport est aujourd'hui considéré comme un élément décisif dans l'évolution de la prise en charge des médecins malades bien que quelques programmes de prise en charge médicalisée existassent déjà auparavant^{81, 82, 84}. L'AMA y reconnaît pour la première fois l'incapacité des médecins et en donne la définition suivante :

- « [an impaired physician] is one unable to fulfill professional or personal responsibilities because of psychiatric illness, alcoholism, or drug dependency. » (un médecin en incapacité est celui qui est incapable de remplir ses obligations professionnelles ou personnelles en raison d'une maladie psychiatrique, de l'alcoolisme ou de la dépendance à une drogue)⁸³

ⁱ Voir figure 3 pour l'explication des concepts

Les problèmes psychiatriques, d'alcool et de toxicomanie sont alors définis comme les nouvelles priorités de l'action thérapeutique à l'égard des médecins. La même année, la législation américaine est modifiée pour offrir une alternative thérapeutique aux mesures disciplinaires et reconnaître l'alcoolisme et d'autres addictions comme des maladies⁸⁵.

C'est alors qu'apparaissent les premiers « Physician Health Programs » aux Etats-Unis (PHP). En moins de dix ans, durant les années qui suivirent le texte fondateur de l'AMA (1974), 51 états américains sur 54 ont développé un PHP. En 1990, la fédération des PHP (FSPHP) sponsorisée par l'AMA a vu le jour. En 2008, elle comptait 47 états membres. Les PHP américains sont relativement uniformes⁸¹ et partagent des recommandations communes⁸⁶. Les programmes de type PHP ont été développés dans plusieurs pays tels que le Canada (PHP-Ontario, PFSP-Alberta, PAMQ-Québec), le Royaume-Uni (PHP-London), l'Australie (VDHP) et l'Espagne (PAIMM).

7.3.1.2 ...au bien-être du médecin

Ce sont d'abord les problèmes d'addiction des médecins (alcool et autres drogues) qui ont fait l'objet d'une prise en charge spécifique aux Etats-Unis dans le cadre des PHP. A ces problèmes ont été ajoutés par la suite les problèmes de comportement et de santé mentale^{87, 88}.

La définition du médecin malade a toutefois prêté à confusion dans le chef de certains organes de régulation américains les amenant à associer maladie (« illness ») et incapacité (« impairment »)⁸⁹. En 2008, la Fédération américaine des PHP a clairement resitué les deux concepts (maladie et incapacité) sur un continuum : la maladie pouvant précéder l'incapacité de plusieurs années. Ceci afin de limiter la stigmatisation consécutive à cette confusion en affirmant que :

- la plupart des médecins qui deviennent malades (i.e. addiction ou dépression) sont encore capables de fonctionner efficacement aux premiers stades de leur maladie⁸⁹.
- c'est au stade de la maladie qu'il convient de les référer auprès des PHP.

Aujourd'hui, le médecin inapte fait encore l'objet d'attention, mais le développement de programmes destinés à améliorer le bien-être des médecins est reconnu comme nécessaire, au nom de la performance du système de soins⁹.

Depuis dix ans, les conférences internationales jouent un rôle important dans la diffusion et la discussion de ces différents thèmes et programmes de prise en charge, principalement entre les Etats-Unis et le Canada⁸⁴, comme en atteste le tableau suivant qui liste les principales conférences sur cette thématique. De nombreuses discussions au sein du réseau EQUIP (the European Society for Quality in General/Family Practice) et au sein du Forum européen des associations de médecins et de l'OMS⁹⁰ contribuent également aux débats.

Tableau 5. Principales conférences organisées sur le thème de la santé des médecins

Année	Titre de la Conférence	Organisateur
1996	First European research conference on physicians 'health	NMA
2001	First European Meeting PAIMM	PAIMM
2004	International Conference on Physician Health: Creating a healthy culture in medicine	CMA
2008	Doctor's health matters : finding the balance	AMA CMA BMA
2009	Première conférence canadienne : Pour des communautés médicales résilientes	CMA
2010	European Association for Physician Health - Barcelona Conference	EAPH

7.3.2 Trois types de public

De l'amélioration du bien-être du médecin à la prise en charge du médecin malade, les programmes de prise en charge de la santé des médecins visent aujourd'hui différents types de public selon la sévérité de leurs pathologies⁷⁵ :

- Les médecins insatisfaits (« dissatisfied doctors ») qui se plaignent du système et envisagent de quitter la profession ;
- Les médecins ayant des problèmes (« troubled doctors »)⁷⁵ qui représentent un groupe assez large de médecins significativement affectés par le stress sans que cela les empêche d'exercer ;
- Les médecins en incapacité (« impaired doctors ») qui font l'expérience d'une maladie mentale et/ou souffrent d'addictions.

Leurs caractéristiques respectives sont détaillées dans le tableau suivant.

Tableau 6. Caractéristiques respectives des médecins ayant recours aux programmes

	Médecins insatisfaits	Médecins ayant des problèmes	Médecins en incapacité
Habilité à pratiquer	Capables de fonctionner	Capables de fonctionner	Incapables de fonctionner
Santé	Aucun problème de santé	Problème de santé	Problème de santé
Sévérité	A risque d'épuisement professionnel	A risque de problème sévère de santé	Problème sévère de santé (psychiatrique et/ou addiction)
Besoins	Support social Réforme de la pratique	A référer Détection précoce	Programme de réadaptation
Niveau de prise en charge	Promotion de la santé	Prévention primaire et/ou secondaire	Prévention tertiaire / curative
Formes d'intervention	Promotion des milieux de travail sains Promotion de la santé individuelle Marketing social	Formation à la résilience Conseil Formation à distance Stratégies de gestion du stress Procès	Conseil et supervision intensive en ambulatoire Traitement en milieu hospitalier Médication Gestion de cas (contrat thérapeutique)

7.3.3 La prise en charge du burnout

Dans les programmes consacrés à la prise en charge de la santé des médecins, on constate que le burnout des médecins généralistes ne donne lieu à aucun programme spécifique. Le burnout est une thématique prise en charge à l'instar d'autres problèmes de santé mentale.

La prise en charge concerne principalement les médecins au sens large et peut s'étendre aux autres professionnels de la santé (vétérinaires, infirmières, pharmaciens, dentistes), aux étudiants en médecine, aux conjoints voire aux familles.

7.4 TROIS DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES MÉDECINS

Précautions

Contrairement aux PHP qui, grâce à leur spécificité (la gestion des cas ou ‘case management’), ont l’avantage de fournir des données qui peuvent être analysées dans le cadre de publications scientifiques ou d’évaluations, il est difficile de trouver de l’information sur les autres programmes de prise en charge de la santé des médecins⁸⁴. Actuellement, seule la Norvège fait exception, multipliant les publications scientifiques de haut niveau spécifiquement dédiées : à l’étude de la prise en charge du burnout par Villa Sana dont la première évaluation remonte à 2001^{45, 91} ; à l’analyse des données épidémiologiques collectées dans le cadre de l’enquête nationale initiée en 1993 portant sur la santé des médecins norvégiens, leurs conditions de travail et leur qualité de vie. Néanmoins, les informations collectées se sont avérées suffisantes pour pouvoir comparer les différents modes de prise en charge recensés.

Trois dispositifs de prise en charge des médecins ont pu être identifiés selon leur niveau d’intervention⁸⁴ (Tableau 7).

Tableau 7. Trois dispositifs de prise en charge des médecins

Dispositif à bas-seuil d’accès “Support-doctors scheme”	Contact téléphonique et/ou accueil 7j/7, 24h/24 selon les ressources du programme; Support offert par un réseau de professionnels (médecins, psychologues) bénévoles relativement disponibles et ayant reçu une formation à l’écoute et à la consultation de médecins malades
Coordination des soins “Case management”	Gestion des dossiers et surveillance/coaching des médecins participant au programme de traitement, sur le moyen voire le long terme
Dispositif de traitement “Doctors’ doctors’ scheme”	Traitement délivré par des services ou professionnels spécialement formés pour traiter des médecins (p.ex. « psychiatres pour médecins » ou « médecins pour médecins »)

7.4.1 Dispositifs à bas seuil d’accès

Le dispositif à bas seuil d’accès s’inscrit dans un processus de prise en charge pas à pas où il fait figure de porte d’entrée dans le système de soins⁹². Il vise à aider le médecin en souffrance à exprimer ses difficultés en vue de construire avec lui un projet cohérent de prise en charge, adapté à ses besoins. Ces dispositifs insistent sur le respect de l’anonymat de l’appelant, de la confidentialité de la prise en charge et du support qu’ils fournissent aux médecins en difficulté, généralement insatisfaits de leur situation ou en crise⁸⁴. Au sein de ces dispositifs, on retrouve plusieurs activités :

- une activité de tri des médecins en demande : les appels téléphoniques sont réceptionnés au mieux 24h/24, 7j/7 puis filtrés ; les appelants sont réorientés, selon l’urgence de leur demande et la gravité de leur cas, vers un conseiller ou un dispositif de consultation et de traitement ;
- une activité de conseil : celle-ci peut s’inscrire sur plusieurs séances, avec la possibilité de conserver le même conseiller. Les conseils peuvent être délivrés
 - soit par un collègue (médecin pour médecin) généralement formé, agissant sur base volontaire ;
 - soit par un professionnel de l’écoute et du conseil ;
- des activités d’éducation et de promotion de la santé et du bien-être au travail.

Ces activités connaissent un essor croissant, au sein de l'ensemble des programmes, y compris les PHP. Les programmes tendent à diffuser de plus en plus des informations de promotion du recours à ces dispositifs via des séminaires, des conférences, des ateliers, des publications dans des revues professionnelles. En outre, certains programmes vont plus loin et offrent des séjours résidentiels de réflexion et de formation ou des formations à distance.

7.4.1.1 *La formation-conseil en séjour résidentiel*

Le PSFSP-Alberta de même que Villa Sana en Norvège offrent des possibilités de retraite en stage résidentiel où alternent formations en groupe et conseils individuels pour remédier aux problèmes de stress, burnout, problèmes familiaux et relationnels. Ces retraites peuvent durer un jour, un week-end ou une semaine, et accueillir les conjoints. Elles connaissent un grand succès dans l'Alberta et en Norvège. Les thèmes des formations sont extrêmement variés (harmonisation entre temps de travail et vie de famille, gestion de conflits, préparation à la retraite, gestion de la fatigue, méditation pleine conscience - « mindfulness meditation », amélioration de sa résilience). Les études scientifiques conduites à moyen terme sur l'efficacité du recours au programme offert par Villa Sana indiquent une réduction substantielle du stress, de l'épuisement émotionnel et du nombre de semaines en incapacité de travail des médecins et infirmières qui y ont eu recours⁴⁵.

7.4.1.2 *La formation virtuelle*

Un consortium regroupant le Gouvernement de l'Ontario, l'Association Médicale Canadienne, la Fondation Médicale Canadienne et la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa vient d'inaugurer son premier centre virtuel d'information et de support destiné aux médecins (www.e-santedesmedecins.com). Comme l'indique la page d'accueil, le site « e-santedesmedecins.com » est le premier en son genre au monde. Il présente en ligne une liste exhaustive des ressources sur la santé et le mieux-être des médecins, conçues pour aider les médecins et les médecins en formation à acquérir de la résilience dans leur vie professionnelle et personnelle. Créé par des experts canadiens en santé des médecins et e-apprentissage, ce site vise à offrir une information actuelle, fondée sur des données probantes, et des outils novateurs et conviviaux pour aider le médecin à prendre en charge sa santé et pour susciter l'appui collégial.

7.4.2 Dispositifs de coordination de soins

La majorité des PHP s'inscrivent dans cette catégorie. Même s'ils développent de plus en plus d'activités de formation et de promotion telles qu'on peut les retrouver dans les dispositifs à bas seuil d'accès, leur principale activité demeure la coordination de soins. Les problèmes personnels et affectifs des médecins sont davantage pris en compte aujourd'hui, en plus des problèmes d'addiction aux drogues et à l'alcool⁹³. Ce qui caractérise tous les dispositifs de coordination de soins est qu'ils ne délivrent eux-mêmes ni traitement ni activité spécifique de conseil, mais réfèrent les requérants vers un réseau de professionnels, selon la nature des problèmes identifiés (voir description des PHP en annexe).

7.4.2.1 *Principe du contrat thérapeutique : Compliance contre garantie d'immunité*

Les PHP s'appuient sur l'instauration d'un contrat thérapeutique avec le médecin malade. Le contrat thérapeutique stipule que le médecin s'engage à respecter le programme de traitement moyennant quoi il bénéficie d'une immunité par rapport aux sanctions des instances de régulation. Toute sanction est provisoirement suspendue et, en cas de réussite du traitement (dans près de 80% des cas selon l'étude de McLellan et al.⁹⁴), est non appliquée. C'est pour cette raison que ces programmes sont également nommés « programmes de diversion (diversion programmes) » ou « refuge (safe harbor) ». Ceci n'a été rendu possible que dans le cadre d'une co-régulation (appelée aussi interdépendance⁹⁵) établie entre les associations professionnelles et les instances de régulation.

7.4.2.2 Regain d'attention portée aux lieux de travail

Cette nouvelle tendance mérite d'être soulignée. S'inscrivant dans la mouvance des milieux de travail sains (Healthy Workplaces) -modèles d'action développés par l'OMS⁹⁶-, le PHP Ontario a développé un nouveau programme intitulé « Programme de support des médecins sur leur lieu de travail » (Physician Workplace Support Program). Celui-ci est conçu pour répondre aux demandes croissantes d'intervention sur les lieux de travail où des troubles du comportement, des problèmes relationnels doivent être gérés en équipe ou peuvent faire l'objet d'interventions organisationnelles.

7.4.3 Dispositifs de traitement

Ces dispositifs supposent un savoir-faire spécifique en matière de prise en charge curative des médecins. Que les services soient rendus par des médecins généralistes formés à cette pratique ou par des spécialistes des problèmes d'addiction ou des problèmes psychiatriques, la spécificité du patient (qui est aussi médecin) guide toujours la pratique. Deux aspects sont souvent mentionnés comme méritant une attention particulière^{97, 98}:

- Le déni par les médecins-patients de leurs propres problèmes de santé;
- La relation particulière médecin-patient.

Dans le cadre de ses activités d'éducation/promotion de la santé, le PFSP Alberta a édité une check-list à l'intention des médecins qui traitent d'autres médecins afin de les aider à assurer une prise en charge complète et systématique (disponible sur le site www.albertadoctors.org).

Tableau 8. Synthèse des trois types d'intervention

Type d'activité principale	Dispositif à bas-seuil d'accès	Coordination de soins	Dispositif de traitement
Ressources	Professionnel ou volontaire	Professionnel	Professionnel (médecins pour médecins; spécialistes pour médecins)
Pérennité	Oui (non si réseau volontaire)	Oui	Oui
Régulation	Indépendant	Co-régulation	Indépendant
Confidentialité	Complète	Limitée (complète dans PAMQ)	Complète
Population	Médecins insatisfaits Médecins ayant des problèmes	Médecins en incapacité	Médecins ayant des problèmes Médecins en incapacité
Participation	Libre	Contractuelle (Libre dans PAMQ)	Libre
Programmes	PFSP Alberta; Villa Sana; REMEDI; BMA doctors for doctors; ISP Cardiff	PHP-Ontario; PHP-Victoria; PHP-London; PAIMM-Catalogne; PAMQ-Québec;	PSYA Français; HIPP Irlandais;

7.5 DEUX ACTEURS INCONTOURNABLES

7.5.1 La profession médicale

Qu'il s'agisse des PHP ou des autres dispositifs de prise en charge analysés, le rôle des associations professionnelles médicales s'avère très important dans la mise au point des programmes existants (Tableau 9). Par exemple,

- en Suisse, la Loi sur les Professions Médicales (LPMED) du 23 juin 2006 a revu à la hausse l'importance du rôle de la Fédération des Médecins suisses (FMH) (l'association médicale nationale). Ce qui offre à cette dernière la possibilité d'œuvrer à l'amélioration de la formation des médecins et de soutenir des programmes pilotes de prise en charge des principaux problèmes de la profession.
- en Norvège, c'est l'Association Médicale Norvégienne qui a développé au niveau national un dispositif atypique de prise en charge de la santé des médecins dans les secteurs de la prévention primaire et secondaire; atypique en ce qu'il inclut un séjour de formation/conseil en séjour résidentiel, éventuellement en couple, au sein de Villa Sana.

Tableau 9. Identification des associations médicales ayant contribué au développement de programmes de prise en charge des médecins malades

Pays	Association médicale professionnelle	Programme
UK	British Medical Association	Doctors for doctors
SW	Fédération des médecins suisses	Remed
NW	Association Médicale Norvégienne	Villa Sana
CA	Ontario Medical Association	PHP-Ontario
CA	Alberta Medical Association	PHP-Alberta
CA	AMLFC, FMOQ, FMSQ	PAMQ-Québec
AU	Australian Medical Association Victoria	VDHP-Victoria

A l'origine de plusieurs programmes de prévention/traitement, ces associations :

- organisent des conférences internationales,
- mettent à la disposition des programmes une part de leurs ressources (matérialisée par un hébergement sur leur site web, des logos sur les documents),
- élaborent des stratégies nationales (voir la toute récente « [stratégie sur la santé mentale pour les médecins au Canada](#) » rédigée par l'Association Médicale Canadienne)⁹⁹.

7.5.2 Les instances médicales de régulation

Les relations entre les instances médicales de régulation et les programmes peuvent se caractériser différemment selon les pays. Trois modes de relation sont identifiés : la relation distante, la co-régulation, l'investissement autonome.

7.5.2.1 La relation distante

En général, on observe le maintien d'une distance entre les organismes de régulation et les programmes de prévention/traitement mis en place. Autrefois basées sur une méfiance respective, leurs relations semblent évoluer vers un accord d'intention sans obligation de mise en œuvre (« gentleman agreement ») grâce à une meilleure considération du médecin malade par les autorités de régulation. Cependant, ces accords demeurent fragiles¹⁰⁰.

Ce type de relation se joue généralement au niveau régional et n'est pas figé une fois pour toutes. En guise d'illustration, notons que :

- Au Canada, le PFSP-Alberta explique qu'une part de sa popularité est due à son indépendance par rapport à l'Ordre Médical¹⁰¹;

- Au Canada, le PAMQ-Québec a négocié une indépendance totale par rapport au Collège des médecins du Québec ce qui lui permet de garantir la confidentialité du traitement et de ses résultats aux médecins-patients¹⁰²;
- Au Canada, le PHP-Ontario a développé de meilleures relations avec le Collège des Médecins et Chirurgiens (College of Physicians and Surgeons of Ontario - CPSO) depuis que des infirmières et des assistants sociaux ont rejoint l'équipe médicale qui prend les médecins malades en charge¹⁰³.

Dans la plupart des pays, les Ordres ou Collèges ont amorcé au minimum une réflexion sur la problématique de la prise en charge des médecins malades.

- En France, la souffrance au travail des médecins généralistes est discutée dans des conférences de l'Ordre aux niveaux régional et national et donne lieu à des notes d'orientation en faveur d'une meilleure prise en charge du médecin-malade¹⁰⁴ ;
- Au Canada, le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada publie un guide CANMEDS à destination des médecins. Il a pour objectif de préciser le rôle attendu des médecins quant à la prise en charge de leur propre santé¹⁰⁵.

7.5.2.2 *La co-régulation*

Dans certaines régions, on observe un investissement plus important des autorités de régulation dans le développement d'un programme de prévention/traitement sur le mode de la co-régulation. Ces instances de régulation collaborent avec les associations professionnelles médicales pour maintenir un espace sûr (« safe harbor ») :

- En Espagne, l'Ordre des Médecins de Barcelone co-initie le PAIMM ;
- En Australie, le Conseil des Médecins Praticiens de Victoria (Medical Practitioners Board of Victoria) co-initie le VDHP.

7.5.2.3 *L'investissement autonome*

Beaucoup plus rare est le cas où une instance de régulation prend seule l'initiative du développement d'un programme. Tel est le cas en Irlande où Le Collège Irlandais des Médecins Généralistes (Irish College of General Practitioners) a développé le HIPP¹⁰⁶.

7.6 UN PROGRAMME DE REFERENCE POUR LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE : LE PHP

Il est intéressant de constater que la plupart des programmes analysés

- se sont principalement spécialisés dans l'un des trois niveaux de prise en charge mais développent également des activités dans les deux autres ;
- agissent à l'échelle d'un territoire plus ou moins restreint (un canton, une région, un état) ;
- sont en phase pilote ou ont moins de dix ans d'existence (à l'exception des PHP de l'Ontario et du Québec) ;
- appartiennent pour moitié d'entre eux aux Physician Health Programs.

Les Physician Health Programs sont les plus anciens programmes existant en matière de prise en charge de la santé du médecin. Ils sont décriés ou au contraire adoptés (souvent adaptés), selon les réponses que les initiateurs de nouveaux programmes souhaitent apporter à des exigences parfois contradictoires⁸⁸ :

- respect de la confidentialité ou protection du public ;
- recours au concept de maladie ou au concept d'incapacité ;
- traitement du médecin ou action disciplinaire.

7.6.1 Objectifs du PHP

Nés aux Etats-Unis d'une préoccupation accrue pour la santé des médecins, les Physician Health Programs poursuivent un double objectif :

- aider les médecins ayant des problèmes ;
- protéger les patients contre des médecins qui seraient incapables d'exercer adéquatement leur profession⁸⁴.

Les PHP n'ont pas pour objectif d'offrir un traitement mais bien de coordonner celui-ci tout au long de son processus en s'assurant de la participation du médecin-patient¹⁰⁷ :

1. Détection des problèmes ;
2. Évaluation ;
3. Référencement vers des traitements spécifiques (d'abstinence,...) ;
4. Surveillance à long-terme (« monitoring ») ;
5. Rapport des résultats du traitement auprès des organes de régulation.

Selon une étude récente menée auprès de 49 PHP américains¹⁰⁷, la répartition actuelle des problématiques prises en charge est la suivante :

- les addictions ne font plus l'objet d'une prise en charge exclusive (concerne seulement 12% des PHP) ;
- les maladies mentales sont prises en charge par 85% des PHP;
- les maladies physiques sont également prises en charge par 62% des PHP.

Les principaux publics pris en charge sont :

- des médecins uniquement (dans 36% des PHP) ;
- des dentistes également;
- des vétérinaires également;
- des pharmaciens également.

7.6.2 Les principales sources de référencement

Quatre sources principales de référencement ont pu être identifiées. Si seulement 31% des patients ont été formellement adressés sous contrainte auprès du PHP, il est plus probable que tous ont subi des pressions émanant de leurs collègues ou de leur famille¹⁰⁸.

1. Déclaration spontanée (26%) ;
2. Collègues (20%) ;
3. Organe de régulation de l'état (21%) ;
4. Direction médicale d'un hôpital (14%).

7.6.3 Le budget et le personnel impliqué

On compte en moyenne 5 employés dans chaque PHP qui se répartissent entre des fonctions de direction, secrétariat, administration, conseillers et coordinateurs (« case managers »).

Le budget moyen annuel est de 538 000\$ oscillant d'un PHP à l'autre de \$21 250 à \$1.5 million. Les sources de financement sont les suivantes¹⁰⁸ :

- Organes de régulation (50%) ;
- Contribution des participants (16%). La moitié des PHP ne demande aucune contribution aux médecins malades ;
- Association médicale de l'État (10%) ;
- Contributions des hôpitaux (9%) ;
- Autre (9%).

Les traitements eux-mêmes ainsi que les tests de laboratoire pour le suivi des addictions sont à la charge des médecins malades (et de leurs assurances).

7.6.4 Evaluation

Les PHP sont quasiment les seuls programmes à avoir fait l'objet d'évaluations répétées⁸⁴. Malheureusement, la plupart des études réalisées concernent seulement un PHP en particulier ce qui n'offre pas de possibilité de comparaison¹⁰⁷.

Une étude récente menée auprès d'un échantillon de 16 PHP américains indique que le taux de réussite en matière de traitement des addictions après 5 ans atteint près de 75%⁹⁴. Des résultats équivalents ont pu être observés dans les PHP canadiens¹⁰⁹.

Aucune étude comparable évaluant la prise en charge des problèmes de santé mentale en PHP n'est actuellement disponible même si l'information clinique anecdotique abonde⁹⁹.

7.6.5 Adaptations locales du modèle

C'est principalement dans les pays du Commonwealth qu'a été adopté puis adapté aux situations locales le modèle américain des PHP, l'Espagne faisant figure d'exception en se ralliant très tôt au mouvement^{80, 97}.

7.6.5.1 Au Canada

Toutes les provinces du pays ont des programmes confidentiels d'aide aux médecins. Soutenus par l'Association Médicale Canadienne (AMC), ils sont au service d'environ 1 500 médecins par an. Ces programmes peuvent être regroupés en trois modèles fondamentaux⁹³ :

1. Comités de bénévoles qui offrent une aide par des pairs (Saskatchewan, Nouveau-Brunswick, Ile-du-Prince-Edouard) ;
2. Programmes intégrés dotés d'un effectif professionnel qui offrent tout un éventail de services aux médecins, aux futurs médecins et aux membres de leur famille en fonction des ressources communautaires disponibles (Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Québec, Nouvelle-Ecosse, Terre-Neuve-et-Labrador) ;
3. Programmes intégrés dotés d'un effectif professionnel et fondés sur un modèle de programme d'aide aux employés qui ont recours à un service de conseils de professionnels et à d'autres ressources (Alberta et Yukon).

Dans notre rapport, nous avons spécifiquement décrit :

- le Programme d'Aide aux Médecins du Québec : unique en son genre au Canada en ce qu'il a obtenu l'appui de nombreuses associations médicales et en ce qu'il repose sur une politique de stricte confidentialité ; aucune information n'est transmise à une tierce personne, à moins d'une autorisation spécifique du médecin, du/de la résident(e) ou de l'étudiant(e) concerné(e).
- Le Programme de Support du Médecin et de sa Famille (Physician and Family Support Program) de la province d'Alberta : est axé principalement sur le stress et les problèmes familiaux et jouit d'une grande popularité auprès des médecins de la province et des membres de leur famille qui y ont recours⁹³.
- Le PHP de la province de l'Ontario qui pratique la gestion de cas à la manière américaine (contrat thérapeutique focalisé sur les problèmes d'addiction) mais qui vient d'ouvrir un nouveau volet de prise en charge qui vise à offrir les mêmes services à ceux qui ont des troubles psychiatriques⁹³.

Confidentialité	Le PAMQ-Québec
Stress et famille	Le PFSP-Alberta
Volet psychiatrique	Le PHP-Ontario

L'évaluation comparée de ces programmes n'est actuellement pas réalisée à défaut de disposer d'indicateurs communs¹¹⁰. Cependant une étude prospective descriptive a pu être menée sur le PHP de l'Ontario, sur son volet addiction indiquant que 85% des médecins participant au programme l'ont suivi avec succès¹⁰⁹.

7.6.5.2 *En Australie*

Au début des années 2000, l'Australie était caractérisée par une offre de services très limitée. Les ressources affectées aux « services de conseil pour la santé des médecins (doctors' health advisory services) » existant dans la plupart des Etats étaient relativement pauvres et ces services fonctionnaient souvent grâce à un réseau de médecins volontaires⁷⁵. S'ajoute à cela une situation décrite par le Collège Royal Australien des Médecins Généralistes (Royal Australian College of General Practitioners) sous les termes de « conspiration du silence » qui entoure le médecin malade et rend la détection des médecins à risque plus difficile¹¹¹.

En 2001, le Programme de Santé des Médecins de l'Etat de Victoria (Victorian Doctors' Health Program) fut initié sur base du modèle américain afin d'offrir une solution plus durable aux problèmes de santé des médecins australiens⁷⁵. Celui-ci fut conçu pour davantage répondre aux spécificités culturelles de l'Australie notamment en matière de traitement des toxicomanies.

Alors qu'en Amérique du Nord, le traitement est largement basé sur l'abstinence complète de toute addiction (tabac y compris), en Australie la définition de l'abstinence est moins exclusive, permettant la réduction de la consommation¹¹².

7.6.5.3 *En Espagne*

La Catalogne est la première région d'Europe à avoir suivi le mouvement des PHP américains en développant le Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM). A la différence du modèle nord-américain dans lequel des organes de régulation et/ou des associations professionnelles sont impliqués dans la création du programme, le PAIMM provient lui d'une alliance entre l'Ordre des médecins, des associations médicales et les autorités régionales.

Créé en 1998 et mis en œuvre en 2001, la philosophie du programme se veut non punitive. Les déclarations spontanées sont encouragées par une prise en charge totalement confidentielle à laquelle elles donnent droit.

7.6.5.4 *En Grande-Bretagne*

Au contraire de l'Australie, c'est la situation pléthorique des services qui a en partie abouti à la proposition d'instaurer un PHP pilote à Londres en 2008¹¹³. Depuis les années 80, plus d'une douzaine de services de conseils (en grande partie locaux) ont été créés qui

- soit sont professionnalisés (par exemple le Service National de Conseil pour les Médecins Malades - National Counselling Service for Sick Doctors)
- soit sont basés sur le bénévolat (par exemple le Groupe Britannique des Médecins et Dentistes - the British Doctors and Dentists Group ; Le Cartel des Médecins Malades - the Sick Doctors' Trust ; le Réseau de Support des Médecins - the Doctors' Support Network).

Toutefois, leur articulation avec le système de santé existant ne va pas sans causer de problèmes. Par exemple, la politique du NHS qui consiste à favoriser le référencement au niveau local suppose que le médecin se fasse soigner par un collègue de sa localité⁹⁷.

¹⁰⁰

De plus, des affaires criminelles qui se succèdent telles que le scandale des meurtres présumés du Dr Shipman sur ses patients âgés– médecin britannique condamné au début de sa carrière pour utilisation frauduleuse de drogues mais que le Conseil général des Médecins a néanmoins autorisé à continuer l'exercice de sa profession –, et le scandale des bébés cardiaques de l'Infirmierie royale de Bristol (avec un taux de mortalité très élevé lors des interventions) ont affaibli la crédibilité du NHS et remis en question le mode de régulation des médecins par leur propre organisation professionnelle, laissant à penser que le système existant n'avait pas permis la détection et le traitement efficace de médecins problématiques.

La récente création du PHP-London s'est inscrite en écho de la volonté du Département de la Santé de renforcer le système de santé vers plus de sécurité pour les patients et plus de performance dans le chef des médecins^{97, 114}.

7.7 DISCUSSION

Dans chaque pays étudié, la mise sur pied de programmes proposant différentes formes d'intervention entraîne un morcèlement de la prise en charge. Ce morcèlement de la prise en charge oblige à une réflexion et à une formulation *a posteriori* de stratégies nationales s'inscrivant au-delà des spécificités locales et englobant les différentes initiatives (Tableau 10).

La stratégie pour la santé mentale des médecins du Canada publiée en 2010 est une illustration concrète de cette nécessaire remise en perspective globale (voir Figure 3). Elle présente notamment le continuum d'intervention sur lequel doivent s'inscrire les interventions existantes afin de les articuler les unes par rapport aux autres (Canada, 2010), depuis la promotion de la santé (ciblant les problèmes systémiques et à la qualité du milieu de travail), la prévention primaire (ciblant les risques possibles de survenue des problèmes, au niveau individuel), la prévention secondaire (dépistage précoce des problèmes qui s'installent et intervention) jusqu'à la prise en charge curative (traitement de problèmes établis) et au suivi (stabilisation de l'état de la personne, abstinence de consommations de substance addictives, ...). Elle constitue l'un des éléments d'une stratégie plus globale qui vise à faire évoluer la culture médicale canadienne dans son ensemble¹¹⁵.

Tableau 10. Caractéristiques des dispositifs de prise en charge des médecins en souffrance

		France	Suisse	Québec	Australie	Espagne	Norvège	Irlande	UK (PHP)	UK (ISP)	UK (Doctors for Doctors)	Canada (Alberta PFSP)	Canada (Ontario PHP)
Niveau de prise en charge	Promotif		x	x		x		x				x	x
	Préventif		x	x		x	x	x				x	x
	Curatif	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Mode de prise en charge	Consultation + référer à des spécialistes en la matière	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	One Day					x	x			x			
	Séjour				x	x	x					x	
Philosophie de prise en charge	Libre accès et libre retrait	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
	Référé par une personne externe		x	x	x	x				x	x	x	
	Adressé par un rapport de plainte			x		x				x		x	
	Information des instances régulatrices si non suivi du plan thérapeutique		x		x	x			x			x	
	Prise en charge limitée dans le temps	x					x			x			x
Public Cible	Médecins / étudiants en médecine	x	x		x	x			x	x	x	x	x
	Médecins + famille			x			x	x				x	x
	Autres professionnels	x				x	x					x	
Participation financière du médecin			x					?	?	?	x	x	x

8 LES INTERVENTIONS DE PRISE EN CHARGE DU BURNOUT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN BELGIQUE

8.1 OBJECTIF DE LA DESCRIPTION DES INTERVENTIONS EN BELGIQUE

L'objectif de ce chapitre consiste à :

- Etudier les interventions belges existantes en matière de prise en charge du burnout des médecins généralistes,
- Relever leur spécificités,
- Les comparer entre elles et les comparer avec les programmes d'intervention décrits à l'étranger.

8.2 MÉTHODOLOGIE DE LA DESCRIPTION DES INTERVENTIONS EN BELGIQUE

8.2.1 Sélection des interventions

Un premier état des lieux de la situation belge a été opéré au départ d'une analyse des travaux du Groupe de Travail sur la santé du médecin au sein du Conseil National pour la Promotion de la Qualité (CNPQ)¹¹⁷. Ces travaux nous ont permis d'identifier une dizaine d'experts et de stakeholders actifs dans le domaine de la prise en charge du burnout des médecins généralistes. La majeure partie de ces experts et stakeholders ont été invités aux réunions de travail du KCE. Quatre d'entre eux qui ne pouvaient être présents ont été interviewés par la suite.

Lors de ces réunions ou interviews, les experts et stakeholders nous ont indiqué une douzaine d'interventions et autres prises en charge possibles existant actuellement en Belgique ainsi qu'une série d'autres acteurs concernés. Des recoupements avec la liste des interventions identifiées dans les bases de données consultées ont permis l'identification de six interventions les plus spécifiques à la prise en charge du burnout des médecins généralistes : l'institut de formation et de thérapie pour soignants, la formation au coaching du burnout par les médecins généralistes, l'Institut européen pour l'intervention et la recherche sur le burnout et trois cliniques du stress (CHU Brugmann, Clinique Antoine Depage et CITES).

8.2.2 Sources de données consultées

Les ouvrages de Suzanne Peters et Patrick Mesters (Institut européen d'intervention et de recherche sur le burnout)¹¹⁸ et de Michel Delbrouck (Institut de formation et de Thérapie pour soignants)¹¹⁹ fournissent une liste d'adresses et de sites internet d'intervenants en Belgique. Pour chacune des six interventions, les données descriptives ont été recueillies sur leur site web et complétées lors d'un contact avec leurs responsables. La presse médicale belge destinée aux généralistes a également été consultée.

8.2.3 Analyse

Pour décrire chacune des six interventions, nous avons utilisé un canevas similaire à celui utilisé dans la comparaison internationale : dispositif mis en place, philosophie sous-jacente, population concernée, structure d'appui, financement, modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires, organisation de la prise en charge. Une analyse transversale a été opérée en comparant ces six interventions en fonction de critères de spécificité qui les caractérisent (figure 4).

Chaque intervention a ensuite été placée dans le canevas des trois grands types d'intervention observés dans la comparaison internationale: les dispositifs à bas-seuil d'accès, les dispositifs de coordination des soins, les dispositifs de traitement (tableau 11). Ce tableau a été complété en y intégrant également les interventions moins spécifiques identifiées par les experts dans le champ des formations, groupes d'entraide, groupes de soutien et traitement des addictions.

Cette analyse a fait l'objet d'un feed-back lors d'une réunion d'experts et de stakeholders.

8.3 ETAT DES LIEUX PRELIMINAIRE DE LA SITUATION EN BELGIQUE

8.3.1 Un manque de données

L'ampleur du phénomène du burnout chez les médecins généralistes n'est pas connue en Belgique, alors qu'en Suisse¹²⁰, en Norvège⁸⁴ et au Canada¹¹⁵, des enquêtes nationales sont réalisées sur le thème de la santé des médecins. Seules trois sources sont régulièrement mentionnées dans la presse spécialisée:

- Une étude sur les médecins, conduite en Flandre en 1996¹²¹ ;
- Un sondage mené par de Artsenkrant / Le Journal du Médecin en 2001 ;
- Les données collectées par Amonis (compagnie d'assurance privée pour les prestataires de soins)¹²².

Confortées par les résultats des études menées à l'étranger, ces trois sources d'information sont mobilisées pour affirmer que le burnout est un phénomène assez répandu dans la profession¹¹⁷.

8.3.2 Un manque de structure

L'affirmation est devenue récurrente dans la presse belge spécialisée : il n'existe pas de programme de prise en charge de la santé des médecins en Belgique¹²³⁻¹²⁶. Des journalistes (2 francophones et 2 néerlandophones) ont en cela relayé par voie de presse l'évolution des discussions au sein du Groupe de Travail sur la santé du médecin établi au sein du Conseil National pour la Promotion de la Qualité (CNPQ). Les participants de ce groupe de travail ont en effet fait état, dans un rapport présenté à l'INAMI le 22 janvier 2008, de « l'absence de structure à qui adresser un médecin qui souffre » et plaidé pour « une structure d'aide aux médecins et à leur famille »¹¹⁷. Ce rapport fait référence à de nombreux programmes existant à l'étranger et précise les buts de l'éventuelle structure à mettre en place¹¹⁷:

- Aider et garder en bonne santé le médecin qui se porte bien ;
- Soigner et soutenir les médecins qui ne vont pas bien, ainsi que leur famille, en leur assurant bienveillance, confidentialité, respect et non-jugement ;
- Assister les médecins dans leur insertion ou leur réinsertion dans l'exercice professionnel ;
- Assurer la formation et la supervision des médecins généralistes désireux de soutenir leurs collègues (GP for GP).

8.3.3 Un manque de spécificité

On constate que la proposition du **Groupe de Travail sur la santé du médecin du CNPQ** se fonde en grande partie sur le constat que des structures d'aide existent en Belgique mais qu'elles n'ont pas été spécifiquement créées pour les médecins.

8.4 ANALYSE DES INITIATIVES EXISTANTES

Notre description des initiatives mises en place en Belgique confirme le manque de structure et de spécificité des structures existantes.

8.4.1 Spécificité des structures existantes

Sans vouloir prétendre à l'exhaustivité, nous avons recensé six initiatives de prise en charge du burnout en Belgique. Celles-ci ont été identifiées lors des réunions menées avec des stakeholders et experts ainsi que lors des interviews avec certains responsables de ces interventions.

Il s'agit de :

- l'institut de formation et de thérapie pour soignants ;
- la formation au coachingⁱ du burnout par les médecins généralistes ;
- l'Institut européen pour l'intervention et la recherche sur le burnout ;
- trois cliniques du stress (CHU Brugmann, Clinique Antoine Depage et CITES).

Chacune de ces initiatives a été comparée aux autres en fonction des critères de spécificité qui lui sont propres en matière de :

- spécificité du public-cible :
 - programme destiné aux médecins généralistes ;
 - programme destiné aux professionnels de la santé ;
 - programme destiné à tous ;
- spécificité de l'intervention :
 - intervention sur le burnout ;
 - intervention sur des problèmes de santé mentale (dont ceux liés au stress);
 - intervention sur des problèmes de santé physique et mentale ;
- spécificité des niveaux de prise en charge :
 - niveau promotif : initiatives collectives d'information ou de formation sur le burnout ;
 - niveau préventif : initiatives individuelles ou en groupe de détection ou de prévention du burnout et coaching des personnes en burnout (le coaching n'étant pas une psychothérapie) ;
 - niveau curatif : activités (psycho-)thérapeutiques mises en place après survenue du burnout jusqu'à la guérison.

8.4.2 Comparaison des structures existantes

La présentation de ces initiatives sur un graphique en radar est destinée à faciliter les comparaisons (Figure 4).

ⁱ « Le coaching est un accompagnement qui a pour objet d'aider le client à développer ses compétences et à trouver ses propres réponses et solutions à ses problématiques professionnelles dans une perspective de développement durable avec efficacité à long-terme. » (Peters & Mesters, p235)¹¹⁸

8.4.2.1 *Le triangle central*

Il représente **l'intervention la plus spécialisée**, soit une intervention qui:

- offre une réponse spécifique en intervenant à un seul niveau de prise en charge (promotif, préventif ou curatif),
- s'adresse spécifiquement au burnout,
- et concerne exclusivement les médecins généralistes.

Actuellement il n'y a aucune initiative de ce type en Belgique. L'initiative qui s'en approche le plus est celle qui propose une **Formation au coaching du burnout par les médecins généralistes** (Dr Boydens et Humanlink). Ce programme propose des formations ainsi que des activités de prévention (groupes d'intervention) mais n'inclut pas d'activité thérapeutique. Le coaching de personnes en burnout n'est pas prévu en tant que tel. Il s'agit davantage de former les médecins généralistes au métier de coach pour leur patientèle en burnout.

8.4.2.2 *Le triangle médian*

Il représente une initiative qui intervient sur deux niveaux de prise en charge et s'attaque aux problèmes de santé mentale des professionnels de santé en général. Actuellement il n'y a aucun programme de ce type en Belgique. Le programme qui s'en approche le plus est celui de **l'Institut de formation et de thérapie pour soignants (IFTS)**, bien que son nom ne rende pas bien compte des trois niveaux de prise en charge que son activité recouvre (promotif, préventif et curatif). Ce sont avant tout les difficultés liées à la relation soignant-soigné qui font l'objet de la prise en charge de ce programme.

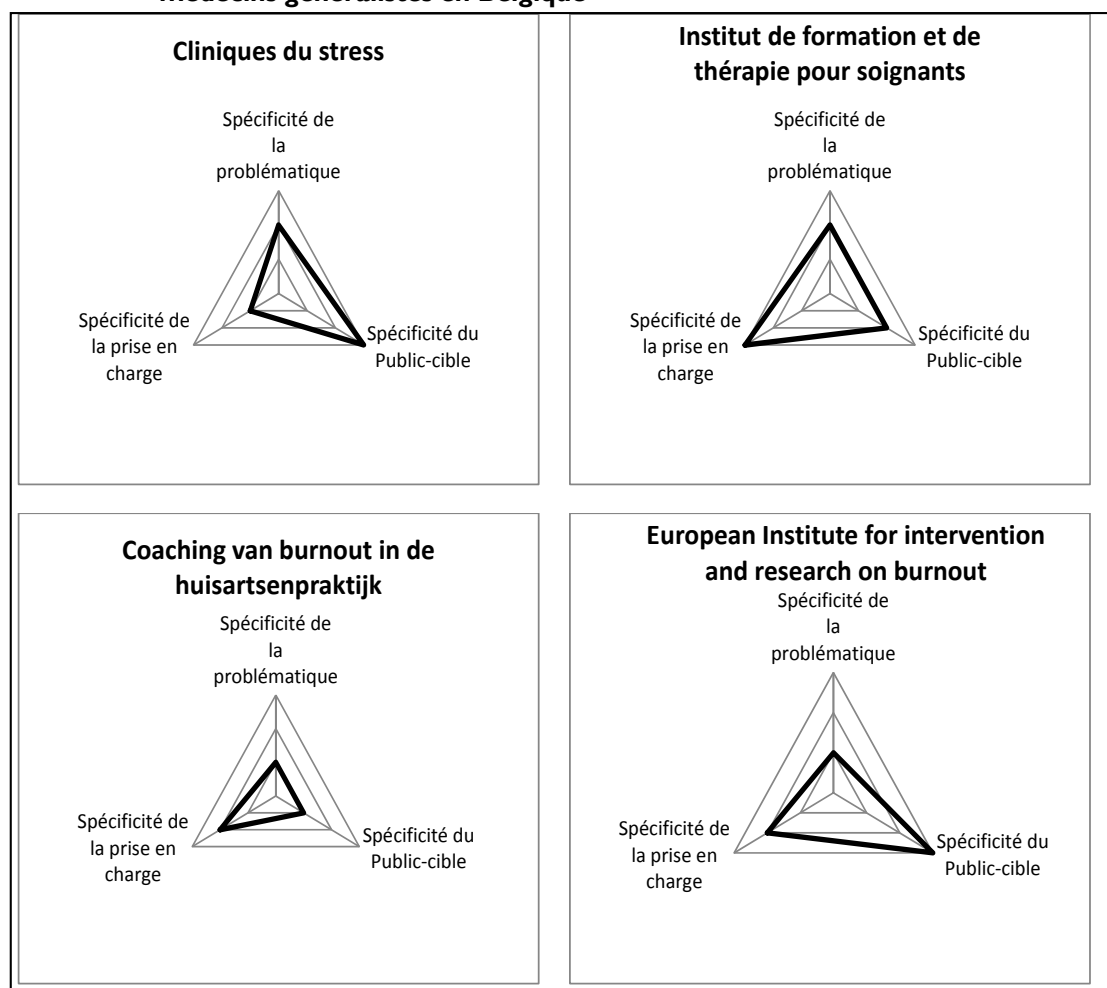
L'Institut européen pour l'intervention et la recherche sur le burnout fait principalement de la promotion et de la prévention (le coaching n'étant pas une thérapie). Ce programme se focalise sur le burnout mais n'est pas spécifiquement destiné à des professionnels de santé ou à des médecins même s'il propose à ces derniers des formations sur le thème du burnout.

Les cliniques du stress agissent quant à elles uniquement au niveau curatif en proposant au tout-venant diverses solutions (psycho-)thérapeutiques. Le burnout est ici traité en épiphénomène d'un stress devenu pathologique.

8.4.2.3 *Le triangle extérieur*

Il représente un programme qui offre une réponse globale (intervient aux trois niveaux de la prise en charge), concerne la santé mentale et physique et s'adresse à un public large. La **médecine du travail** s'apparente le plus à ce cas de figure. Cependant, son action est actuellement limitée à la protection et à la prévention des pathologies (physiques et mentales) liées au travail. Le médecin généraliste indépendant ne peut actuellement bénéficier de ce service destiné aux employés (voir chapitre 'autres prises en charge possibles').

Figure 4. Spécificités des programmes de prise en charge du burnout des médecins généralistes en Belgique



En conclusion, on observe des différences entre les initiatives existantes selon :

1. la spécificité du public-cible : les interventions existantes sont proposées à un public large (professionnels de la santé ou non) et sont rarement dédiées spécifiquement aux médecins ou aux médecins généralistes ;
2. la spécificité de l'intervention : elles sont rarement focalisées sur le burnout mais interviennent plus largement sur la santé mentale et principalement le stress ;
3. la spécificité des niveaux de prise en charge : les interventions mises en place offrent généralement un seul niveau de prise en charge voire deux et apportent exceptionnellement une réponse globale (prise en charge simultanée des problèmes survenant dans la relation soignant-soigné).

8.4.3 Comparaison des structures existantes avec les programmes internationaux dédiés aux médecins

Les programmes internationaux dédiés aux médecins :

- visent un public-cible bien défini : les médecins généralistes ou les professionnels de santé mais jamais le tout-venant ;
- combinent l'un ou l'autre niveau de prise en charge (promotif, préventif et/ou curatif) ;
- ne sont jamais focalisés sur le burnout spécifiquement mais bien sur la santé mentale et/ou la santé physique ; la gestion des problématiques liées aux addictions est bien plus fréquente que celle des problématiques liées au stress.

Ces expériences internationales se répartissent en trois grands types d'intervention :

- Les dispositifs à bas-seuil d'accès ;
- Les dispositifs de coordination des soins ;
- Les dispositifs de traitement.

Il est intéressant de resituer ici les six initiatives belges au sein de l'ensemble des interventions identifiées par les experts et stakeholders selon cette catégorisation (Tableau 11).

8.4.3.1 *Les dispositifs à bas seuil d'accès*

Permanence d'accueil et de conseil 7j/7-24h/24

Elle caractérise de nombreux dispositifs à bas seuil d'accès observés dans d'autres pays mais n'a pas d'équivalent en Belgique. Les structures actuelles ne prévoient pas ce type de service. La récente annonce -faite par voie de presse par le responsable du **Groupe de Travail médecine générale du CNPQ**- de la création d'une ligne d'aide « SOS-docteur » confirme le manque en la matière¹²⁶.

Formations

Elles sont proposées sous la forme de brèves présentations (en GLEM/LOK), de journées d'étude ponctuelles ou de séances de formation récurrentes tout au long de l'année (avec présence obligatoire). Certains cours sont dispensés à l'université.

Groupes d'entraide

Des groupes d'entraide (qui peuvent être définis comme offrant des groupes de support mutuel, largement bénévoles, plus ou moins structurés, de personnes ayant des problèmes psychologiques ou sociaux communs¹²⁷) n'ont pas pu être identifiés comme tels.

Groupes de soutien

Des groupes de soutien ou de parole impliquant une gestion du groupe par des professionnels rémunérés pour cette activité¹²⁷ sont toutefois développés dans le prolongement de certaines formations. Le burnout peut également être abordé de façon préventive au sein de groupes de parole dont l'objectif vise l'amélioration de la relation soignant-soigné au sens le plus large, en s'inspirant des concepts et de la méthodologie du Dr Michaël Balint ([Société Balint Belge](#)). Ces groupes sont destinés à l'ensemble des soignants et n'ont pas pour spécificité la prise en charge du burnout.

8.4.3.2 *Les dispositifs de coordination de soins*

La **Formation au coaching du burnout par les médecins généralistes** vise la constitution d'un réseau de médecins généralistes à la fois comme coachs et coordinateurs de soins¹²⁸. En cela, elle forme des médecins généralistes assurant des fonctions de coordination de soins assez similaires à celles des Physician Health Programs. En affirmant que le médecin généraliste ne peut être thérapeute (rôle dévolu au psychologue) mais bien accompagnateur d'un processus thérapeutique (ou coach), cette formation redéfinit le rôle du médecin généraliste dans une fonction proche du « case management ».

8.4.3.3 *Les dispositifs de traitement*

Le burnout est principalement traité en institution dans des services hospitaliers psychiatriques prenant en charge les problématiques liées au stress. Le diagnostic, le suivi individuel et/ou en groupe sont les services communément proposés à des patients souffrant déjà de burnout. Le **Centre de gestion de l'anxiété et du stress** de la clinique Antoine Depage à Bruxelles ainsi que le **Centre d'Information, de Thérapeutiques et d'Etudes sur le Stress (CITES)** à Liège offrent des prises en charge similaires à celle de la **Clinique du stress** au CHU BRUGMANN.

A cette offre de soins spécifique à la problématique du stress, s'ajoute une offre spécialisée dans la prise en charge des addictions telle celle de la **Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens à Tirlemont**.

Une prise en charge spécifique en ambulatoire existe également et est délivrée par **l'Institut de formation et de thérapie pour soignants**. A celle-ci s'ajoute toute la prise en charge non-spécifiquement destinée aux médecins ou soignants délivrée par les plannings familiaux et les centres de santé mentale (voir chapitre sur les autres prises en charge possibles en annexe).

Tableau 11. Typologie des interventions existantes

Types d'intervention	Nom des programmes	Caractéristiques globales
Dispositif à bas seuil d'accès "Support-doctors scheme"	European Institute for Intervention and Research on Burn Out Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants La formation au coaching du burnout pour médecins généralistes Cours dans les facultés de médecine Séances d'information dans les Glems Groupes d'entraide ou de soutien	Support offert par un réseau de professionnels (médecins, psychologues)
Coordination des soins "Case management"	La formation au coaching du burnout pour médecins généralistes	Suivi des dossiers et coaching des médecins participant au programme de traitement, sur le moyen voire le long terme
Dispositif de traitement « Doctors' doctors' scheme »	Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants ; Clinique du stress-Brugmann; Centre de gestion de l'anxiété et du stress-Clinique Depage ; Centre d'Information, de Thérapeutiques et d'Etudes sur le Stress (CITES) ; Broeders Alexianen - Clinique Psychiatrique Tienen (addictions) ;	Traitement délivré par des services ou professionnels spécialement formés pour traiter des médecins (p.ex. « psychiatres pour médecins» ou « médecins pour médecins»)

Messages-clés

- **Il existe en Belgique différentes initiatives variant selon la spécificité du public cible, de l'intervention et des niveaux de prise en charge du burnout.**
- **Aucune initiative spécifique à la fois au médecin généraliste, au burnout et offrant une prise en charge globale n'a été identifiée.**

9 ENQUÊTE DELPHI : ACCEPTABILITÉ ET PRIORITÉ DES ACTIONS POSSIBLES PAR UN PANEL DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

9.1 OBJECTIF DE L'ENQUÊTE DELPHI

Cette enquête Delphi a pour objectif de dégager les pistes d'actions considérées par un panel de médecins généralistes comme prioritaires, les pistes d'action non-prioritaires et les pistes ou modalités à éviter pour prévenir et prendre en charge le burnout des médecins généralistes.

9.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE DELPHI

9.2.1 Design général

La méthode Delphi est une technique proposée dans les années 50 par la *Rand Corporation* en Californie. Initialement appliquée à l'industrie, elle s'est progressivement étendue au domaine médical dans lequel elle est largement utilisée pour formaliser et quantifier une ou des positions à partir d'avis d'experts potentiellement divergents.

L'objectif est l'obtention d'un avis final unique et convergent. Il est obtenu en interrogeant individuellement et de manière itérative chaque expert à l'aide d'un questionnaire rédigé par le(s) organisateur(s) sur la base d'une synthèse préalable de la littérature ou d'une consultation très large si le domaine concerné est pauvre en données scientifiques robustes.

L'analyse systématique des données disponibles n'est pas obligatoire dans cette méthode. Le processus est anonyme, les experts sont interrogés à distance, sans se connaître. Chaque expert répond à chaque question à l'aide d'une échelle graduée, par exemple de 1 à 9 (1 signifiant l'existence d'un « désaccord complet » ou d'une « absence totale de preuve » ou d'une « contre-indication formelle », et 9 celle d'un « accord complet » ou d'une « preuve formelle » ou d'une « indication formelle »).

A chaque étape ou « tour », il y a retour d'information ou « feed-back » aux différents membres du groupe d'experts avec communication de l'ensemble des réponses (médiane et extrêmes) et des réponses individuelles de l'expert concerné. Des allers et retours entre organisateur(s) et membres du groupe d'experts sont ainsi effectués.

A chaque interrogation, l'expert est libre de changer son évaluation ou pas. Au fil des tours successifs, une convergence peut être ainsi observée après élimination des réponses les plus divergentes.

9.2.2 Echantillon et recrutement des participants

La stratégie de recrutement décrite pour les entretiens (voir chapitre correspondant) a également été utilisée pour l'étude Delphi, à savoir inscription via un site Internet développé en français et en néerlandais dont l'existence a été communiquée par un courrier via les associations professionnelles et scientifiques de médecins généralistes et par voie de presse médicale.

La constitution du panel des médecins généralistes répondants repose sur deux critères :

- l'appartenance linguistique (FR/NL), information obtenue via le site Internet ;
- le statut face au burnout, qui distingue trois sous-groupes (voir tableau en annexe) :

1. Ceux qui ont déclaré avoir été diagnostiqués en burnout par un professionnel de la santé, soit 12 francophones et 12 néerlandophones sur les 190 médecins ayant répondu.
2. Ceux qui n'ont pas été diagnostiqués par un professionnel de la santé mais considérés en burnout selon le test MBI^k soit 14 néerlandophones et 13 francophones sur les 145 médecins ayant complété le test au moment de leur inscription sur le site.
3. Ceux qui ne sont pas considérés en burnout selon le test MBI^l, soit 13 francophones et 9 néerlandophones.

Un tirage aléatoire via la fonction RND d'EpilInfo a été effectué parmi les candidats inscrits via le site web en vue d'obtenir un panel de 10 répondants par catégorie dans chaque langue.

L'échantillon final comporte 59 généralistes dont un tiers a également participé aux entretiens en face-à-face.

Pour favoriser le taux de réponse à l'étude, une procédure de rappel a été mise en œuvre : elle consistait à contacter par courriel ou par téléphone les médecins n'ayant pas encore complété leur questionnaire.

9.2.3 Outils de collecte : les questionnaires

9.2.3.1 *Elaboration du questionnaire du premier tour Delphi*

Le questionnaire a été élaboré sur base d'une structure (figure 5) établie à partir de :

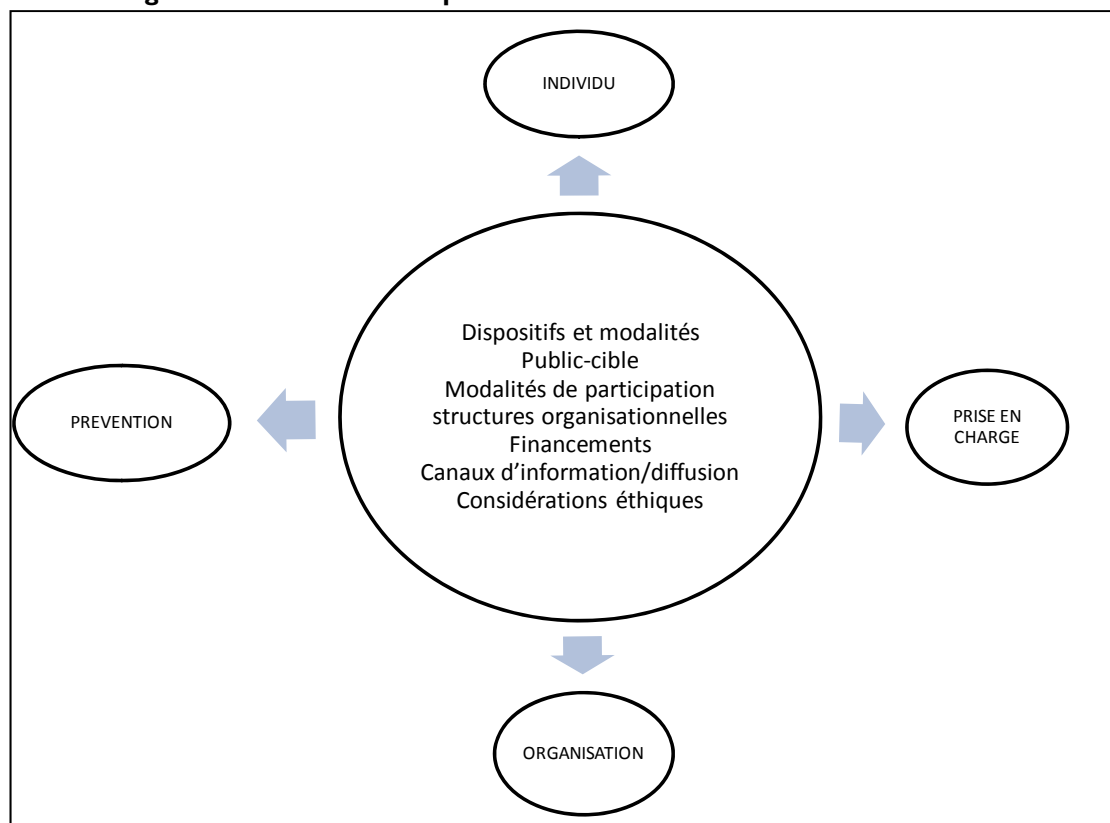
- La revue de la littérature internationale (voir chapitre correspondant) ;
- Des entretiens auprès de généralistes concernés (voir chapitre correspondant), cet apport permettant de prendre en compte les particularités du contexte belge, notamment concernant l'organisation des soins de santé et l'environnement professionnel.
- Des interventions testées et mises en place à l'étranger ou en Belgique à des fins de prévention et/ou de prise en charge de burnout auprès des prestataires de soins (voir chapitre correspondant).
- De la consultation des experts et des stakeholders (voir design global de l'étude) sur le contenu du questionnaire

Le questionnaire a été traduit puis pré-testé auprès d'une dizaine de médecins avec comme objectifs de tester l'acceptabilité du sujet, la validité des questions et leur formulation ainsi que d'évaluer la durée de passation du questionnaire.

k Score élevé voire moyen en termes d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation ainsi qu'un score bas voire moyen pour ce qui est de l'accomplissement professionnel.

l Score bas dans les dimensions « épuisement professionnel » et « dépersonnalisation » conjugué à un score élevé voire moyen en termes d'accomplissement professionnel. Comme aucun généraliste néerlandophone ne rencontrait le critère « élevé ou moyen » de l'accomplissement professionnel, nous avons également pris en considération pour cette catégorie des médecins avec un accomplissement professionnel peu élevé.

Figure 5. Articulation du questionnaire



9.2.3.2 Le questionnaire du 1^{er} tour

Il comporte la structure suivante :

Tableau 12. Structure du questionnaire

	Nombre de questions	Nombre de propositions
Module 1 : Identification	7	7
Module 2 : Organisation et environnement professionnel	1	25
Module 3 : Prise en charge	9	55
Module 4 : Information et prévention	4	30
Module 5 : Canaux d'information	1	13
Module 6 : Questions complémentaires et évaluation	7	7

Le questionnaire final du 1^{er} tour est présenté en annexe.

Pour chacune des propositions contenues dans les modules 2, 3, 4 et 5, il était demandé aux généralistes participants de répondre à deux critères d'évaluation à savoir :

- L'acceptabilité de chaque proposition dans leur pratique quotidienne, c'est-à-dire « est-ce que vous accepteriez que cette proposition vous soit appliquée à vous en tant que médecin généraliste » ;
- Le degré de priorité qu'ils accordaient à chacune de ces propositions, c'est-à-dire « le degré d'urgence avec lequel selon vous, ces propositions devraient être mises en œuvre ».

Les participants devaient indiquer leur évaluation sur une échelle de cotation allant de 1 (pas du tout acceptable ou pas du tout prioritaire) à 9 (tout à fait acceptable ou tout à fait prioritaire), et ce pour chaque proposition du questionnaire.

Il était expressément notifié l'importance du fait qu'ils devaient répondre de manière personnelle et subjective en tant que médecin praticien potentiellement à risque de burnout ou déjà en souffrance.

Classiquement dans une étude Delphi, il est également demandé aux experts de déterminer la faisabilité de la proposition, soit la *“possibilité de réaliser pratiquement un projet et ce étudiée sous différents aspects préalablement déterminés tels par exemple au niveau technique, économique, juridique, éthique organisationnel entre autres”*.¹²⁹⁻¹³¹

Les répondants à notre enquête sont des généralistes intéressés directement par le phénomène du burnout. S'ils sont donc bien placés pour évaluer les propositions en termes de ce qui leur apparaît acceptable et prioritaire pour eux, ils n'ont par contre pas toujours les qualités d'expertise requises en matière de faisabilité de projets.

Il a été décidé dès lors que ce critère serait discuté plutôt par le groupe d'experts et de stakeholders lors d'une journée de consultation finale (voir chapitre suivant).

9.2.3.3 Le questionnaire du 2ème tour Delphi

Le questionnaire du second tour Delphi conserve la structure en modules élaborée au 1er tour :

- «Organisation et environnement professionnel »,
- «Prise en charge »,
- «Information et prévention ».

Une synthèse des résultats obtenus lors du 1er tour y est présentée par module. Cette synthèse reprend par question :

- Les propositions retenues de manière consensuelle;
- Les propositions rejetées de manière consensuelle.

Il a été demandé aux participants de reconsidérer les propositions qui n'avaient pas abouti à un consensus et de se prononcer :

- Soit sur le degré de priorité qu'ils accordaient à celles-ci,
- Soit sur l'acceptabilité de celles-ci dans leur pratique quotidienne.

Afin d'obtenir des avis tranchés sur les propositions à reconsidérer, les participants étaient invités à répondre uniquement à des questions fermées au choix de réponse binaire (oui/non). Par ailleurs, pour chaque proposition à réévaluer, était indiquée la médiane obtenue à l'issue du 1er tour, soit le percentile 50 sur l'échelle de priorité ou d'acceptabilité allant de 1 (pas du tout) à 9 (tout à fait). En outre, un exemple explicatif était aussi proposé.

9.2.4 Mode de passation des questionnaires

Le mode de passation « en ligne » avec adresse personnalisée a été choisi en vue de minimiser les refus et de maximiser le confort des répondants, à savoir que :

- Les MG éprouvent moins de difficultés à aborder ce sujet et ne se sentent pas confrontés au regard de leurs confrères (principe-même de la méthode Delphi).
- Ils peuvent compléter le questionnaire au moment qui leur convient le mieux.
- Ils ne doivent pas se déplacer.
- La distance tend également à minimiser les biais de « conformité à la norme ».

Les versions francophones et néerlandophones ont été mises en ligne à l'aide de l'interface « Survey Monkey ».

La collecte des données a eu lieu du 9 au 30 novembre 2010 pour le 1er tour et du 15 janvier au 1er février 2011 pour le second tour.

9.2.5 Traitement des données

Le support informatique « Survey Monkey » a alimenté en temps réel un tableur de type « openexcel » permettant un traitement statistique immédiat des questions fermées à choix multiple, sans encodage manuel (net de toute erreur). En parallèle, un travail d'exploitation plus approfondi sur les données individuelles a dû être réalisé en vue de permettre l'analyse en sous-groupes prévue au terme du 1er tour Delphi (âge, sexe, statut face au burnout, appartenance linguistique). Une analyse des données qualitatives a également été effectuée. Notons que, de par l'activation des champs de réponse obligatoires, ce support informatique a favorisé un taux de réponse maximal à toutes les questions.

9.2.6 Nombre de tours Delphi

Comme explicité précédemment, la méthode Delphi préconise d'organiser au moins trois tours de consultation. Dans le cas qui nous intéresse, l'étape de construction du questionnaire au départ d'une revue de la littérature, des expériences existantes et de l'analyse d'entretiens sur ce sujet a été considérée comme le premier tour Delphi. Deux autres tours ont alors été réalisés ultérieurement.

9.2.7 Les seuils de consensus et critères de soumission au second tour

9.2.7.1 *Seuils au 1er tour Delphi*

Pour chacune des propositions contenues dans les modules 2, 3, 4 et 5 du premier questionnaire en ligne, nous avons opté pour un consensus fort allant de pair avec un nombre limité de propositions retenues.

Les seuils d'acceptation et de rejet ont été déterminés de la manière suivante :

- Consensus d'acceptation : 70 % des participants sont d'accord avec une proposition ($P30 \geq 7$) et moins de 15% d'entre eux ne sont pas d'accord avec cette même proposition ($P15 > 2$) ;
- Consensus de rejet : 15% des participants ne sont pas d'accord avec la proposition ($P15 \leq 2$) et moins de 40% d'entre eux sont d'accord avec cette même proposition ($P60 \leq 6$) ;
- Dissensus : toutes les autres situations devront être réévaluées au 2^{ème} tour

9.2.8 Critères de sélection pour le 2ème tour

Les critères de sélection utilisés en vue de déterminer sous quelles modalités les propositions du 1^{er} tour devaient être réévaluées lors d'un second tour sont présentés dans le tableau suivant :

Figure 6. Critères de décision du statut des propositions faites au 1^{er} tour Delphi pour les modules « organisation », « prévention » et « communication »

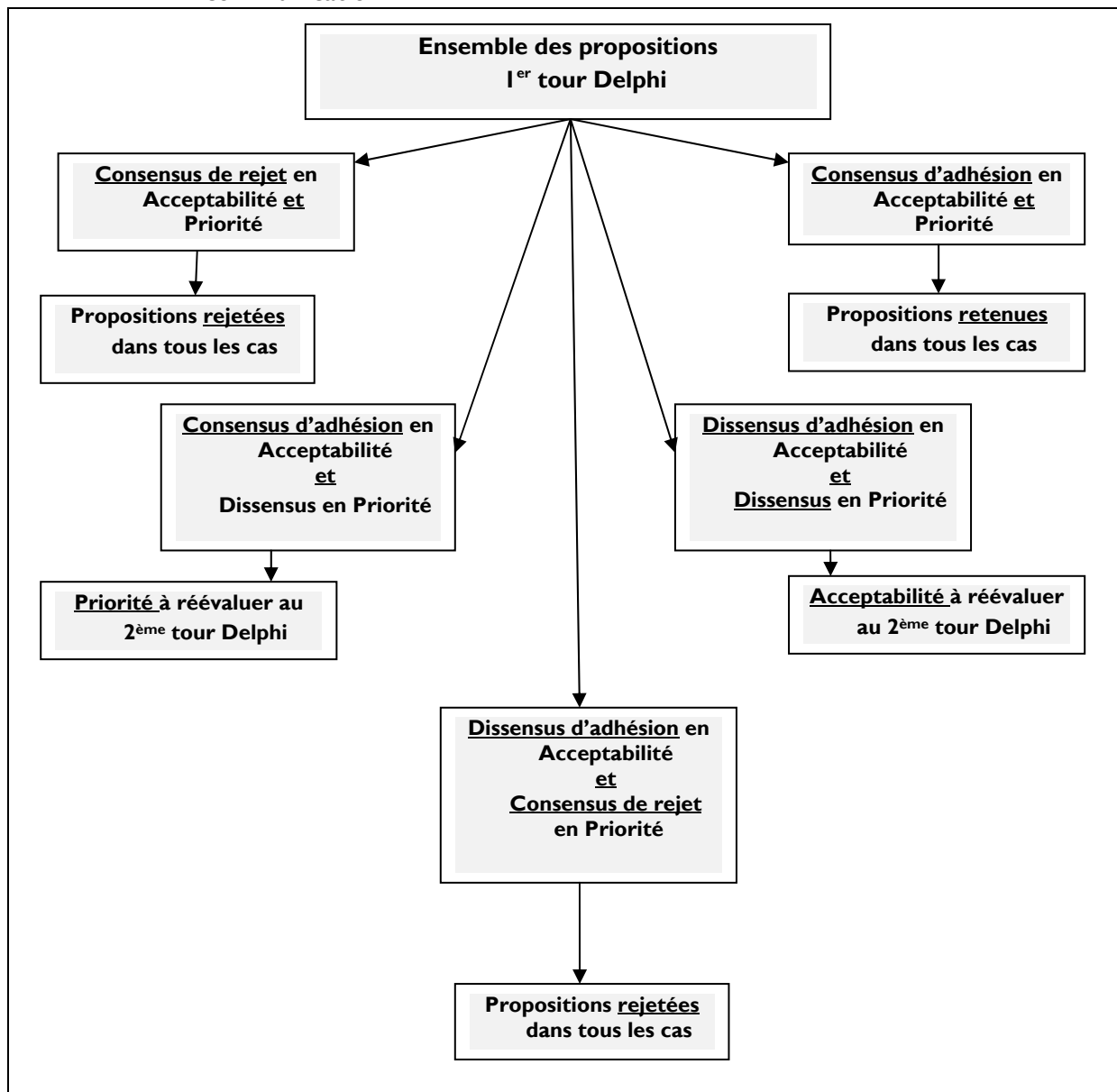
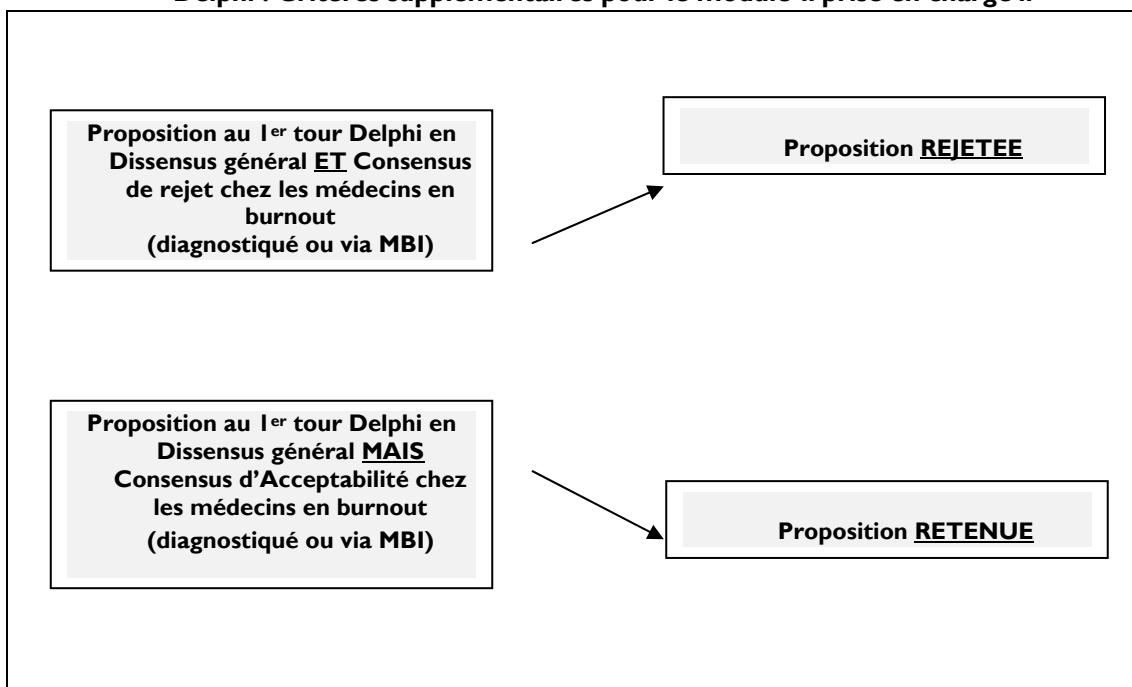


Figure 7. Critère de décision du statut des propositions faites au 1^{er} tour Delphi : Critères supplémentaires pour le module « prise en charge »



9.3 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DELPHI

Sur les 59 participants retenus pour l'enquête Delphi, deux médecins néerlandophones n'ont pas répondu au questionnaire du 1^{er} tour. Un médecin néerlandophone s'est désisté au second tour en raison d'un séjour prolongé à l'étranger.

Les caractéristiques des répondants ainsi que les réponses du 1^{er} tour Delphi sont présentées en annexe.

Les résultats du 2^{ème} tour Delphi sont présentés dans les tableaux ci-après. Pour chaque module, les propositions acceptables ont été classées en fonction de leur caractère prioritaire ou non. Les pistes d'action à éviter sont celles qui ont été écartées de manière consensuelle par les répondants.

Tableau 13. Evaluation des pistes d'action visant l'organisation et l'environnement professionnel

Pistes d'action prioritaires	Pistes d'action non prioritaires	Pistes d'action à éviter
Diminution de la charge administrative Garantie d'allocation maladie-Invalidité Amélioration du système de garde Aide à l'organisation d'un secrétariat Sensibilisation des patients afin que leurs exigences soient plus réalistes	Facilitation de la facturation en tiers payant Soutien au regroupement en association, en équipe, en maison médicale Diversification de l'activité professionnelle Possibilité de réorientation professionnelle Amélioration de la complémentarité entre médecins généralistes et spécialistes Revalorisation financière de la profession Sensibilisation des patients aux différents rôles du médecin généralistes Valorisation du support professionnel Aide à la planification de la retraite	Diminution de la concurrence entre généralistes Augmentation de la liberté thérapeutique Conseils juridiques et de gestion financière Médecine de travail pour les généralistes Diminution de la charge de travail Valorisation de l'entourage proche Règlement facilité des litiges avec les patients Assurance couvrant la santé mentale et les soins liés aux assuétudes pour les généralistes

Tableau 14. Evaluation des programmes d'aide visant la prise en charge du burnout

	Pistes d'action prioritaires	Pistes d'action non prioritaires	Pistes d'actions à éviter
Type de programme d'aide	Réseau d'intervenants spécialisés avec conseils personnalisés, coaching, évaluation et prise en charge	Journée d'assistance personnalisée avec évaluation et orientation vers une prise en charge si nécessaire	Numéro vert d'appel pour une écoute anonyme et confidentielle 24h/24h avec évaluation du burnout, 1ers conseils et orientation vers une prise en charge si nécessaire Séjours résidentiels avec conférences, discussions, activités physiques, sessions d'assistance Services spécialisés au sein desquels une évaluation globale pourrait être réalisée avec une prise en charge en ambulatoire Services spécialisés au sein desquels une évaluation globale pourrait être réalisée avec prise en charge en hospitalisation
Public-cible	Médecin uniquement	Médecin en formation Médecin et son conjoint	Médecin et sa famille élargie Médecin et ses collègues ou/et ses collaborateurs
Professionnels dispensateurs	-----	Equipes multidisciplinaires Psychologues-psychothérapeutes Médecins généralistes formés pour ce type d'intervention	Psychiatres
Accessibilité	Sur base volontaire	Via une demande de son médecin généraliste	A la demande d'un confrère A la demande d'un groupe de confrères A la demande de la structure employeuse le cas échéant A la demande des instances de régulation (Ordre des Médecins, Commission médicale provinciale) A la demande d'un membre de son entourage
Modalités pratiques	Consultation en individuel	Programmes en groupes de médecins généralistes	En groupe de médecins spécialistes Avec d'autres professionnels de la santé
Considérations éthiques	Respect strict de l'anonymat et de la confidentialité	-----	Respect de l'anonymat et de confidentialité tout en incluant des contacts réguliers avec l'instance qui aurait référé le généraliste en burnout vers ces programmes (but : observance du généraliste) Respect de l'anonymat et de la confidentialité à l'exception d'un possible signalement aux instances de régulation lorsque la capacité professionnelle du généraliste est fortement compromise (risque pour le patient)
Organisateurs	Coachs médecins généralistes et consultants spécialisés	Institut de formation et d'intervention spécialisé type " European Institute for intervention and research"	Clinique de stress Médecine du travail L'employeur du généraliste le cas échéant Syndicats professionnels Cercles de médecins généralistes Sociétés scientifiques de médecine générale Ordre des Médecins Commissions médicales provinciales INAMI Ministères de la santé Mutuelles et organismes d'assurance Organisme nouvellement créé

	Pistes d'action prioritaires	Pistes d'action non prioritaires	Pistes d'actions à éviter
Financement	-----	Les Ministères de la Santé L'INAMI	La contribution financière personnelle des médecins généralistes participant à ces programmes d'aide Un fond spécial auquel cotiseraient les médecins généralistes L'employeur des médecins généralistes le cas échéant
Autres difficultés à prendre en charge	-----	La dépression Burnout uniquement	Les troubles de la personnalité Autres souffrances d'ordre psychosocial Addictions Troubles anxieux, de l'humeur et d'adaptation

Tableau 15. Evaluation des pistes d'action visant la prévention du burnout

	Pistes d'action prioritaires	Pistes d'action non prioritaires	Pistes d'action à éviter
Type d'action de prévention	Gestion des problématiques à lourde charge émotionnelle Séances d'information sur les mécanismes du burnout Développement des compétences dans les domaines suivants : relation et communication avec le patient, gestion des erreurs médicales, accompagnement des patients psychiatriques, ...	Gestion du temps, gestion administrative et formation en informatique Accompagnement du généraliste (supervision, coaching, Balint) Gestion du stress et techniques de relaxation Programme spécifique de dépistage du burnout Importance d'avoir son propre médecin généraliste Bilan de santé incluant une évaluation du burnout	Promotion de la santé et du bien-être
Public-cible	Médecins généralistes et leurs collègues et/ou collaborateurs	Les médecins généralistes uniquement Les assistants en médecine générale Les étudiants en master	Membres de la famille
Professionnels dispensateurs	-----	Médecins généralistes formés pour ce type d'intervention Psychologues et psychothérapeutes Equipes multidisciplinaires	Psychiatres
Organisation	Sur base volontaire Avec assurance de confidentialité et d'anonymat	Ouverts à d'autres professionnels de la santé Totalelement subsidiés	Avec contribution personnelle des participants Financé par un fonds spécial auquel cotiseraient les médecins généralistes Avec accréditation Obligatoire Centralisée géographiquement Délocalisées (par exemple par province)

Tableau 16. Evaluation des canaux d'information

Pistes d'action prioritaires	Pistes d'action non prioritaires	Pistes d'action à éviter
GLEMs et dodécagroupes Sociétés scientifiques (SSMG, Domus Medica, ...)	Les séances de formation continue La presse médicale Les cercles médicaux Les universités	Structures employeuses des généralistes le cas échéant Syndicats professionnels Ordre des Médecins Commission médicale provinciale INAMI Ministères de la Santé Mutuelles et organismes d'assurance

9.4 DISCUSSION

Les résultats présentés dans ce chapitre sont issus de réponses à deux questionnaires en ligne inspirés de la méthode Delphi, présentés à un panel de généralistes et concernant des moyens d'action possibles en matière de burnout. Pour les trois axes envisagés dans le questionnaire (l'organisation et de l'environnement professionnel, la prise en charge du burnout et la prévention), ces participants ont pu exprimer la manière dont ils appréhendaient l'ensemble des propositions émanant de divers processus en interaction déjà décrits

L'un des avantages du Delphi est la quasi-certitude d'obtenir un consensus à l'issue des questionnaires successifs. Toutefois, si les pistes d'action acceptées, voire reconnues comme prioritaires ou au contraire totalement rejetées par les généralistes lors du Delphi sont un point de départ permettant d'établir des propositions, il est probable que certaines propositions pourtant rejetées par les participants à l'étude Delphi doivent être reconsidérées en fonction d'avis motivés. Dans la présente étude, au niveau de l'axe organisationnel, trois propositions entrent dans ce cas de figure :

1. Outils d'évaluation valorisant les rôles du généraliste : cette proposition était en dissensus suite au 1er tour Delphi pour le critère d'Acceptabilité et en rejet pour le critère Priorité. Cependant, l'analyse par sous-groupes démontre deux éléments essentiels :
 - Le sous-groupe des femmes généralistes sont en consensus pour le critère d'Acceptabilité. Or, étant donné la féminisation rapide de la profession, l'influence de ce groupe de généralistes pourrait se révéler de plus en plus prépondérante.
 - Le sous-groupe des généralistes en burnout selon le test MBI sont également en consensus pour le critère d'Acceptabilité pour cette proposition. Or ce groupe représente une partie importante des médecins concernés par la problématique (ou à risque de l'être).
2. Fonds d'impulsion pour s'installer dans des zones à faible densité médicale : cette proposition était en dissensus suite au 1er tour pour le critère d'Acceptabilité et en rejet pour le critère Priorité. Cependant, ce type d'action existe et fonctionne déjà (Impulseo 1).
3. Offre d'équipement pour augmenter la sécurité des médecins généralistes : à l'issue du 1er tour, quatre sous-groupes présentaient un consensus pour le critère d'Acceptation, dont trois sous-groupes rassemblant les généralistes les plus concernés par la sécurité: les femmes, qui par ailleurs seront bientôt majoritaires dans la profession et les médecins les plus jeunes, donc ceux faisant le plus de gardes de nuit, et ceux en burnout selon le test MBI.

Au niveau de l'axe de la prise en charge du burnout, trois propositions rejetées sont également concernées :

1. Respect de l'anonymat et de la confidentialité à l'exception d'un possible signalement aux instances de régulation lorsque la capacité professionnelle du généraliste est fortement compromise (risque pour le patient): les décisions en cette matière devront être prises en tenant compte du respect de la déontologie et des lois assurant la protection des personnes.
2. Contribution financière personnelle des médecins généralistes participant à ces programmes d'aide. En effet, les situations financières des généralistes ne sont pas uniformes. De même certains éléments pourraient être pris en compte. Le généraliste est-il conventionné ? Partiellement ? Totalement ? Par ailleurs, la participation financière personnelle est importante dans la démarche de prise en charge globale.

3. Autres difficultés à prendre en compte au sein des programmes d'aide tels que troubles de la personnalité, autres souffrances d'ordre psychosocial, assuétudes ou troubles anxieux, de l'humeur et d'adaptation.

Ces notions se recouvrent pratiquement dans les faits ; ainsi la littérature ne peut exclure que certains troubles de la personnalité, de même que certains troubles anxio-dépressifs, soient des terrains prédisposant au burnout, de même que toute autre souffrance psychosociale ; à l'inverse, le burnout peut être un facteur de risque d'autres difficultés de cet ordre^{17, 132-134}.

Messages-clés

- **Les pistes d'action prioritaires pour les médecins généralistes visent l'organisation et l'environnement professionnel, la prise en charge du burnout et sa prévention.**
- **Certaines pistes d'action rejetées par les participants au Delphi pourront être reconsidérées notamment parce qu'elles ont été acceptées par un sous groupe particulier de médecins généralistes (tels que les médecins en burnout).**

10 CONSULTATION DES EXPERTS ET DES STAKEHOLDERS: EVALUATION DES PISTES D'ACTION DEVANT MENER A DES RECOMMANDATIONS

10.1 OBJECTIF DE LA CONSULTATION

L'objectif de cette consultation est de tester auprès des experts et des stakeholders une série de pistes d'action qui doivent servir de base aux recommandations du rapport. Le KCE espère ainsi aboutir à des recommandations qui seront en phase avec la réalité du terrain et augmenter leur impact tant au niveau des décisions politiques que de la pratique quotidienne.

Cette consultation ne vise toutefois pas à obtenir un consensus sur les recommandations finales, mais bien à fournir à l'équipe de recherche l'information nécessaire à la rédaction 'éclairée' de celles-ci.

10.2 LE CHOIX DES EXPERTS ET STAKEHOLDERS

10.2.1 Choix des experts

Les équipes impliquées dans la présente recherche ont établi une liste d'experts identifiés par leurs publications et/ou expériences dans le domaine du burnout ou leur connaissance du terrain. Ces experts ont été invités à une première réunion (30 avril 2010). Au cours de celle-ci, ils ont été invités à compléter et valider la composition du panel d'experts et de celui des stakeholders.

10.2.2 Choix des stakeholders

En parallèle, les équipes impliquées dans la présente recherche ont établi une liste d'associations concernées par la problématique du burnout des médecins généralistes.

Chaque association a été invitée à proposer un ou deux représentants pour rejoindre le groupe de consultation. Au cours d'une première réunion (22 avril 2010), il a été demandé aux représentants présents de compléter et valider la composition du panel d'experts et de celui des stakeholders.

10.2.3 Composition du panel final

Le panel final se compose des personnes émanant des structures suivantes:

- Des associations scientifiques de médecine générale (SSMG, Domus Medica),
- De la Fédération des Maisons Médicales,
- Des syndicats (le cartel GBO/ASGB ; SVH-VVH, ABSyM),
- De l'INAMI,
- De l'ordre des médecins,
- Du secteur des assurances (Amonis, Securex),
- Du monde associatif des médecins généralistes tel que le Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes (CFCMG) ou le Forum des associations de généralistes (FAG),
- Des universités (ULB, UCL, ULg, UGent, KUL, Interuniversitair Centrum Huisartsen-Opleiding),
- De centres traitant le Burnout (Observatoire Européen du Burnout, clinique du stress),
- Du SPF Emploi, travail et concertation sociale et du secteur de l'emploi de la Région Bruxelloise;

Par ailleurs, ces personnes présentent des formations et des parcours variés :

- Médecins généralistes,
- Psychiatres,
- Enseignants en médecine générale (master, master complémentaire),
- Spécialistes en psychologie/psychosociologie du travail,
- Spécialistes en ergonomie,
- Spécialistes en sciences de l'éducation,
- Membres de la société Balint.

10.3 MÉTHODOLOGIE DE LA CONSULTATION

Un workshop d'une journée a été organisé le 19 mai 2011.

10.3.1 Participants à la journée de consultation

Tous les stakeholders et experts invités lors des étapes de préparation de l'étude et du questionnaire Delphi ont été conviés à participer à cette journée de consultation (voir liste nominative en annexe).

Pour des raisons d'organisation, il a été demandé à chaque association scientifique, professionnelle ou académique de n'envoyer qu'un seul représentant.

Finalement 21 personnes externes à l'équipe de recherche ont participé à la journée.

10.3.2 Matériel

10.3.2.1 « Fiches-recommandations »

Les discussions se sont basées sur 14 « fiches-recommandations », élaborées à partir des résultats issus des phases antérieures de la recherche (revue de la littérature internationale, entretiens face à face auprès de médecins concernés par le burnout, étude comparative des expériences menées en Belgique et dans d'autres pays, et étude Delphi auprès de médecins généralistes tout venant).

Chaque fiche comprend :

- Le domaine d'action auquel on peut rattacher la recommandation. Ces domaines sont adaptés à partir de la typologie des domaines de déséquilibre identifiés par Maslach et Leiter¹⁴,
- Le contexte de la recommandation, soit les résultats sur la base desquels la recommandation a été construite,
- L'objectif de la recommandation,
- Les pistes d'actions concrètes identifiées au cours des étapes précédentes,
- Les acteurs concernés par la mise en œuvre de la recommandation,
- Les points de discussion à aborder lors du workshop.

Les fiches ont été préalablement envoyées aux participants pour leur permettre de préparer les discussions.

10.3.2.2 Grille d'évaluation des recommandations

Une grille d'évaluation reprenant chaque recommandation à scorer de 1 à 5 en termes de priorité, d'acceptabilité et de faisabilité a été remise aux participants. Les grilles complétées devaient être déposées dans une urne, afin de garantir l'anonymat des répondants.

10.3.3 Déroulement de la journée

Les débats de la journée ont été menés par 2 modérateurs expérimentés, journalistes médicaux, en français et en néerlandais. Après une brève présentation du design global de l'étude, chaque fiche-recommandation a été discutée en séance plénière comme suit :

- Brève présentation du contexte de la fiche, de l'objectif et des pistes d'action par les modérateurs et l'équipe de recherche
- Discussion par le panel d'experts et de stakeholders, encadrée par les modérateurs
- Synthèse des débats par un directeur du KCE
- Cotation de la recommandation via la grille d'évaluation en termes de priorité, d'acceptabilité et de faisabilité

Parce qu'elles relevaient du même domaine de déséquilibre, les fiches 7, 11 et 13 ont été discutées ensemble. De même, le contenu de la fiche 12 a été discuté en même temps que les recommandations relatives à la reconnaissance de la médecine générale et aux attentes irréalistes des patients. La recommandation 14, qui porte sur l'organisation des gardes en médecine générale, n'a pas été débattue lors de la journée. Cette thématique fait l'objet d'un rapport KCE spécifique, dont la publication est prévue fin 2011.

10.3.4 Utilisation des résultats

Dans un premier temps, chaque synthèse des discussions élaborée pendant la journée par les directeurs du KCE a été retranscrite. Elles sont reprises ci-dessous, selon la chronologie suivie lors de la journée de consultation. Pour les recommandations qui n'avaient pas donné lieu à une synthèse en séance, nous avons rapporté les éléments de discussions.

Les moyennes des scores donnés par les experts pour évaluer chaque recommandation sont présentées dans la figure 6.

Dans un second temps, les fiches-recommandations ont été adaptées sur base des discussions de la journée de consultation. Ces fiches constituent les recommandations finales de l'étude et sont présentées dans le chapitre suivant.

10.4 RÉSULTATS DE LA CONSULTATION

10.4.1 Synthèse des débats

La synthèse des débats reflète les propos qui ont été échangés par les experts et stakeholders sur les pistes d'action proposées par le KCE. Ces résultats ne constituent pas en soi une synthèse des recommandations formulées par le KCE.

10.4.1.1 *Organiser un service de santé pour les médecins généralistes*

Pour le panel, il est important que les médecins aient leur propre médecin généraliste. Cependant il paraît inacceptable de les y contraindre, comme il est inacceptable de contraindre n'importe quel citoyen à se référer à un médecin généraliste. Par ailleurs, tous les médecins ne sont pas nécessairement compétents ou désireux de traiter un confrère.

Deux solutions sont envisageables :

- Proposer les services de la médecine du travail : le médecin du travail assure la promotion de la santé et la prévention des maladies, en effectuant notamment un bilan de santé régulier et un état des lieux de l'individu dans sa situation de travail, domaine pour lequel il est « spécialisé ».
- Créer un circuit spécial anonyme de MG pour MG. Les « médecins pour médecins » développeraient un certain savoir-faire dans la prise en charge des médecins en burnout.

Ces 2 réseaux permettraient de répondre à un besoin de non-stigmatisation du médecin en souffrance et de maintien d'une certaine 'distance' relationnelle : le MG malade et le

MG traitant ne travailleraient pas dans la même zone géographique et n'auraient pas tissé de liens particuliers (tel qu'avec un copain de fac par exemple).

La manière de financer les « MG pour MG » pourrait être discutée au niveau de l'INAMI sans toutefois renoncer à l'idée d'une contribution financière propre du médecin lors de la prise en charge curative éventuelle.

Le suivi médical préventif et curatif devrait se réaliser dans le respect du secret professionnel, empêchant toute dénonciation du médecin en souffrance.

10.4.1.2 *Améliorer les protections sociales des médecins généralistes*

Un consensus se dégage quant à la nécessité d'une protection sociale améliorée pour les médecins généralistes. En raison de son rôle et des obligations diverses imposées par les autorités (continuité des soins notamment), on ne peut ramener la problématique de la protection sociale des MG à celle des autres professionnels indépendants.

Les pistes suivantes se dégagent plus précisément:

- Au niveau organisationnel : la façon de pratiquer, en groupe ou en collaboration avec d'autres est à encourager;
- Au niveau financier :
 - la reconnaissance de certaines maladies professionnelles pour les médecins généralistes par le Fonds des maladies professionnelles est à envisager;
 - le statut social des MG devrait être amélioré (y compris pour les médecins itinérants qui n'assureraient que des gardes) ;
 - un budget pour financer les protections sociales des MG devrait être constitué (il pourrait par exemple être dégagé du budget honoraire de l'INAMI) .

Ces pistes soulignent les conflits de valeurs entre « Liberté » (autonomie du médecin) et « Solidarité » (entre médecins), qui ne sont pas spécifiques au monde médical.

10.4.1.3 *Etablir un programme d'aide destiné spécifiquement aux médecins généralistes en burnout*

On constate une gradation dans la prise en charge possible des MG en souffrance, depuis la prévention collective (déjà envisagée au cours des études de médecine), jusqu'à la prise en charge d'individus présentant des problèmes aigus, allant du coaching^m (à ne pas confondre avec psychothérapie) à une réelle thérapie.

L'idée n'est pas de se focaliser sur le burnout mais de placer la prise en charge du burnout dans un cadre plus large de soutien aux médecins pour les aider à rester des médecins efficaces, aptes à délivrer une médecine de qualité. En ce sens, amener/encourager les médecins en burnout à se prendre en charge, que ce soit pour protéger leurs patients ou pour éviter qu'ils ne désertent finalement la profession, est un objectif à poursuivre.

Cependant une personne en burnout doit être considérée comme une personne en crise, pas seulement comme un travailleur malade qui doit être pris en charge pour gérer sa vie professionnelle. La prise en charge tirerait avantage à s'ouvrir aux différents aspects de la vie du médecin qui peuvent influencer son état de santé (social, juridique, familial...).

Le panel n'a pas réagi à la proposition de dédier des places en institutions spécialisées aux médecins malades ni à la possibilité d'établir un contrat thérapeutique. Toutefois, le panel insiste sur l'importance de différencier la prise en charge des MG en souffrance (aide) de toute forme de dénonciation (sanction) afin que le médecin accepte de réclamer de l'aide et de se faire soigner en toute confiance.

^m « Le coaching est un accompagnement qui a pour objet d'aider le client à développer ses compétences et à trouver ses propres réponses et solutions à ses problématiques professionnelles dans une perspective de développement durable avec efficacité à long-terme. » (Peters & Mesters, p235)¹¹⁸

La prise en charge collective semble importante : d'une part parce qu'on peut difficilement attribuer un coach par médecin et d'autre part car l'effet de groupe peut-être dynamisant et soutenant.

10.4.1.4 *Susciter une réflexion sur les valeurs qui sous-tendent le travail des médecins généralistes*

Chez les médecins généralistes, deux valeurs sont considérées comme éléments prédominants de la problématique du burnout: d'une part le dévouement (qui peut se traduire par une disponibilité sans limite), et d'autre part le souci de la performance, particulièrement aigu chez les femmes qui estiment devoir prouver leur valeur dans une profession majoritairement masculine.

Or, le contexte de la profession change, par exemple avec la féminisation de la profession qui tend à modifier les attentes et l'exercice même de la profession.

L'importance de ces valeurs, le sens qu'on leur donne, le risque de rejeter la responsabilité d'un conflit de valeur sur les patients (parce qu'ils sont en attente de dévouement) sont autant de points d'attention qui mériteraient de :

- stimuler la réflexion au niveau des cercles de médecine générale, voire de lancer des Etats généraux de la médecine générale ;
- compléter la formation des jeunes médecins par des cours mettant l'accent sur la communication, l'implication personnelle, l'organisation du travail.

10.4.1.5 *Poursuivre les initiatives des autorités belges concernant l'encouragement à la pratique de groupe*

Pour le panel, les initiatives de collaboration sont à stimuler : multidisciplinaire ou non ; en maison médicale, en cabinets monodisciplinaires, ou sous forme de réseaux via les cercles, Glems, dodécagroupes.

Ces collaborations peuvent revêtir différentes formes : diversification des tâches, délégation des tâches à d'autres professionnels. Toutefois, l'approche collective ne compte pas que des avantages et peut même générer des problèmes relationnels. Par exemple, tous les MG ne partagent pas la même vision de la pratique et, le cas échéant, la 'rupture' peut être douloureuse. Le travail collectif peut lui-même être source de stress et de pression pour le médecin. La gestion de la pratique de groupe (aspects juridiques et financiers, gestion des relations interpersonnelles) fait appel à des compétences qui doivent être développées.

Une autre piste pourrait être le développement de l'outil informatique pour le partage des dossiers médicaux en vue d'assurer la continuité des soins.

10.4.1.6 *Créer un groupe de réflexion sur le support confraternel*

Promouvoir les contacts entre confrères est important selon le panel. L'assistantat permet de tisser des liens privilégiés entre le maître de stage et l'assistant. Les groupes Balint sont également un lieu d'échange privilégié, même si leur but n'est pas de prévenir le burnout. Le développement de réseaux via les conseillers en prévention ont montré leur intérêt pour d'autres professionsⁿ. D'autre part, diversifier les activités professionnelles (par exemple en faisant de la recherche) ou récréatives (trekking) permettrait de développer le support confraternel, de même que suivre des cours sur la façon de rester enthousiaste dans sa pratique. Ce temps de partage pourrait être valorisé sous forme de points d'accréditation et aurait sa place dans les dodécagroupes qui sont plus conviviaux que (certains) glems.

ⁿ « Le conseiller en prévention médecin du travail doit assurer la [surveillance de la santé](#) des travailleurs. Le conseiller en prévention aspects psychosociaux élabore avec l'employeur une politique de prévention relative au bien-être psychosocial des travailleurs et joue également un rôle actif si cette politique de prévention échoue et si les travailleurs estiment être victimes de [violence, harcèlement moral, harcèlement sexuel ou discrimination](#). Il dispense conseils, accueil et assistance à ces personnes. »¹³⁵

10.4.1.7 *Sensibiliser les patients afin que leurs attentes soient plus réalistes*

De la question « comment sensibiliser les patients ? », la discussion dans le panel s'est vite détournée à « que puis-je faire dans ma propre pratique ? ».

Un folder proposé par les associations professionnelles décrivant une charte de la relation médecin-patient (que puis-je attendre de mon médecin ? – que peut attendre mon médecin des patients ?) permettrait de clarifier les attentes de part et d'autre. Les médias se sont déjà avérés très utiles pour renforcer les messages vers les patients (ex. l'utilisation des antibiotiques) ou clarifier le rôle des prestataires de soins (par exemple, le rôle spécifique des services d'urgences, le recours aux services de garde, le rôle différencié des MG et des spécialistes...). Il faudrait réfléchir à la manière dont on pourrait recourir aux nouveaux médias ou aux documentaires. Les mutualités et les associations de patients sont aussi des alliés précieux dans la transmission de messages destinés aux patients.

De même, un système d'échelonnement imposerait des barrières plus claires dans le recours aux différents échelons des soins.

Enfin, chaque médecin est invité à réfléchir au rôle qu'il assume dans la relation et à la réponse qu'il apporte aux demandes inadéquates, telles que l'obtention d'un certificat médical de complaisance. Une formation sur la gestion des demandes irrationnelles des patients s'avérerait utile.

10.4.1.8 *Poursuivre les efforts assurés par les autorités publiques pour la reconnaissance du rôle de la médecine générale*

D'une part, le panel a insisté sur l'importance des relations entre les MG et les spécialistes dans la reconnaissance de la médecine générale. Certaines pistes ont été mentionnées :

- favoriser l'échelonnement des soins,
- envisager un stage de MG pour tous les candidats spécialistes, mais il faudra réfléchir à la manière de procéder car pour le moment c'est infaisable en raison du nombre de maitres de stages disponibles,
- encourager la communication entre les deux niveaux de soins grâce à la gestion du DMG (la recherche d'informations complémentaires relatives au patient pouvant s'avérer épuisante).

D'autre part, force est de constater que le MG, par définition 'compétent pour tout' se trouve face à des connaissances de plus en plus pointues dans chaque domaine spécifique et peut en être frustré. Deux réactions sont possibles :

- soit le MG parvient à faire son deuil de l'acquisition de toutes les connaissances, au risque d'entrer dans une spirale d'autodépréciation alimentée par les contacts avec les spécialistes et certains média qui véhiculent le message qu'il faut être spécialisé dans un domaine pour délivrer des conseils pertinents;
- soit le MG accepte ses compétences 'généralistes' et les valorise. Le panel n'a pas précisé comment y parvenir mais les discussions sur les recommandations précédentes peuvent y contribuer.

10.4.1.9 *Poursuivre les efforts assurés par les autorités publiques pour améliorer la rémunération des médecins généralistes*

Il est important d'être payé et reconnu financièrement pour ce qu'on fait selon le panel. Ce n'est actuellement pas le cas pour toutes les tâches des MG comme les consultations de patients chroniques hors trajets de soins, les consultations plus longues (que ce soit en raison de la complexité du cas ou parce que le MG doit annoncer une mauvaise nouvelle), etc. Le temps consacré aux tâches administratives n'est pas prévu non plus. Quels financements faut-il privilégier ? Un mixte, un système à la capitation, un soutien à la pratique (gardes) ou autre ?

Par ailleurs, il faut porter attention aux effets pervers d'une augmentation de rémunération. En effet, ce n'est pas forcément parce que les MG seront payés plus qu'ils limiteront le nombre de consultations et donc le risque de burnout.

La formation permanente des MG est une forme de reconnaissance des autorités qui considèrent que les MG sont confrontés à des problématiques complexes et ont besoin de temps pour se former. Des incitants à suivre ces formations existent à l'étranger et pourraient servir d'exemple (comme une formation en journée avec récupération financière du manque à gagner).

10.4.1.10 *Soutenir les médecins généralistes dans la gestion du temps et des priorités et encourager les médecins à utiliser des techniques de gestion du stress*

Ces pistes d'actions, qui émanent de deux fiches-recommandations différentes, avaient été considérées comme non-prioritaires par les MG participant au Delphi. Le panel propose plusieurs hypothèses d'explication:

- Ces interventions demandent encore de l'énergie de la part des MG.
- Les MG ne savent pas en quoi ces techniques consistent.
- L'échantillon Delphi était biaisé car les volontaires étaient peut-être déjà plus sensibilisés.
- La formation des MG a valorisé leurs capacités d'étude et non pas leurs compétences relationnelles.

10.4.1.11 *Elaborer une stratégie de soutien de la prise en charge des patientèles lourdes et des situations complexes*

Cette recommandation a été traitée concomitamment avec les recommandations relatives à la « rémunération » et à la « reconnaissance de la médecine générale ».

10.4.1.12 *Soutenir des mesures concrètes pour permettre de diminuer la charge administrative des médecins généralistes*

Selon le panel, la charge administrative qui pose problème est celle qui n'a pas d'utilité. Par exemple, la nécessité de compléter plusieurs formulaires différents comprenant les mêmes informations émanant d'instances différentes.

Toutefois il faut être conscient qu'en diminuant la charge administrative, comme en déléguant des tâches simples à des infirmières d'ailleurs, le médecin aura l'opportunité de voir plus de patients en consultation et donc d'augmenter sa charge de travail, et surtout les tâches complexes. La démarche peut donc s'avérer contre-productive.

10.4.1.13 *Concevoir et mettre en place des services de garde bien organisés afin de soulager les médecins généralistes des gardes individuelles tout en garantissant la continuité des soins en milieu ambulatoire*

Cette recommandation n'a pas été discutée lors de la journée. En effet, un rapport d'étude du KCE consacré exclusivement à cet aspect sera publié fin 2011.

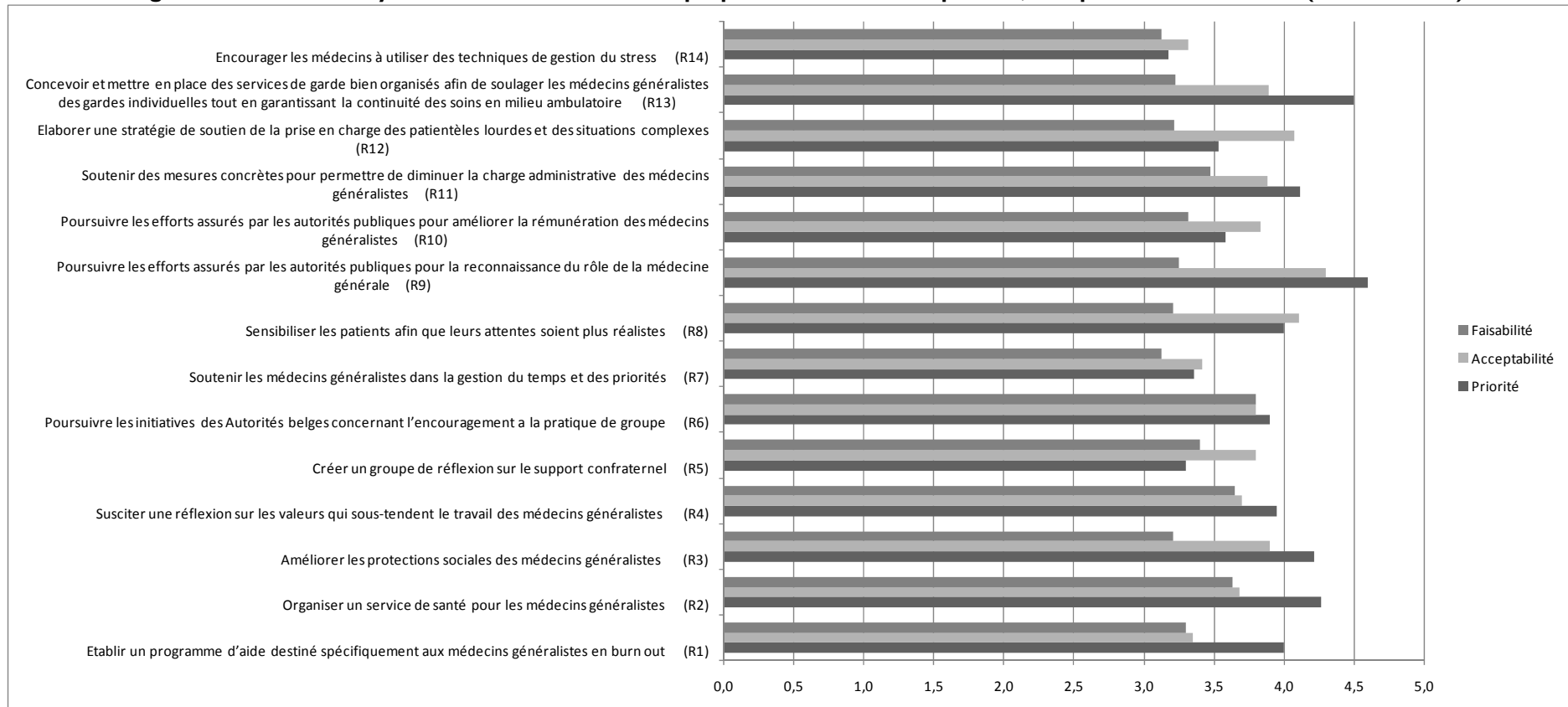
10.4.2 *Appréciation du panel d'experts et stakeholders quant à la priorité, l'acceptabilité et la faisabilité de chaque recommandation*

Comme le montre la figure suivante, les experts et stakeholders ont considéré que toutes les recommandations proposées étaient faisables et acceptables.

Les recommandations qui se dégagent en termes de priorité concernent la reconnaissance de la médecine générale, l'organisation des services de garde, l'organisation d'un service de santé, l'amélioration de la protection sociale des MG et la mise en œuvre de mesure visant à réduire la charge administrative.

Obtiennent un score de priorité égal à 4/5 : la sensibilisation des patients et la prise en charge des médecins en burnout.

Figure 8. Evaluation moyenne des recommandations proposées en termes de priorité, acceptabilité et faisabilité (score de 0 à 5)^o



^o N varie de 9 à 21

II RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : FICHES-RECOMMANDATIONS POUR PRÉVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LE BURNOUT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

II.1 INITIATIVES POUR EQUILIBRER OBLIGATIONS ET PROTECTIONS PROFESSIONNELLES

11.1.1	Etablir un programme d'aide destiné spécifiquement aux médecins généralistes en burnout
Contexte	
<p>En Belgique, il n'existe actuellement aucun programme spécifique pour la prise en charge globale du burnout des médecins généralistes. Soit les initiatives existantes ne se focalisent pas spécifiquement sur le burnout mais couvrent la santé mentale au sens large, soit elles ne ciblent pas les médecins généralistes mais s'adressent à un public plus large, soit elles se concentrent sur la prévention.</p> <p>Les répondants du Delphi ont plébiscité le recours à des structures souples -réticulaires et/ou ponctuelles- d'assistance personnalisée plutôt qu'à des services spécialisés ou à des institutions (cliniques spécialisées) ou à d'autres dispositifs de prise en charge impliquant un séjour en institution (séjours résidentiels d'assistance).</p> <p>Au vu des expériences internationales, il est recommandé que le programme qui sera finalement retenu fasse partie d'une stratégie nationale plus large.</p>	
Objectif	
Assurer la prise en charge des médecins généralistes en burnout	
Pistes d'action	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre à disposition des médecins généralistes en souffrance un dispositif à bas seuil d'accès (contact téléphonique et/ou accueil 7j/7, 24h/24). Support offert par un réseau de professionnels (médecins, psychologues) ayant reçu une formation à l'écoute et à la consultation de médecins malades ○ Mettre à disposition des médecins généralistes l'information relative aux possibilités de recours à des structures d'écoute, de soutien et de prise en charge ○ Mettre sur pied un réseau d'intervenants spécialisés offrant un coaching lors d'entretiens individuels ou en groupe ○ Etablir des dispositifs de coordination des soins qui référeront les médecins en burnout vers un réseau de professionnels pour une prise en charge adaptée à la nature des problèmes identifiés (adoption d'un contrat thérapeutique) ○ Etablir des conventions avec des centres existants, spécialisés dans la prise en charge curative de pathologies liées au burnout pour assurer la prise en charge spécifique de médecins malades (respect de l'anonymat, prise en considération de la spécificité de médecins malades – déni et connaissances professionnelles–) ○ Mettre en œuvre un programme de réinsertion professionnelle (retour à l'activité professionnelle antérieure ou réorientation) et un suivi régulier ○ Envisager une stratégie globale qui assure le continuum de l'intervention depuis la promotion de la santé jusqu'à la prise en charge curative et au suivi. 	
Acteurs concernés	
Décideurs, INAMI, associations professionnelles, centres spécialisés, Ordre des médecins	

Points d'attention

- Dans la réalité, il est difficile de dissocier le burnout des troubles de la personnalité, de la dépression, des autres souffrances d'ordre psychosocial, des addictions et des troubles anxieux, de l'humeur et d'adaptation. L'évaluation des médecins généralistes en souffrance passe par l'établissement de diagnostics différentiels incluant ces différents syndromes et la prise en charge de ces problèmes doit prendre en compte les différentes facettes possibles de la souffrance des généralistes.
- La prise en charge des médecins en burnout devrait idéalement être assurée par des équipes multidisciplinaires, de manière à offrir une prise en charge globale incluant les multiples aspects problématiques (médicaux, relationnels, sociaux, juridiques, financiers, continuité de la pratique,...).
- L'abord du médecin généraliste en burnout est délicate et devrait susciter une attitude bienveillante à son égard, car le burnout reflète le sur-engagement du médecin envers ses patients, ses collègues et sa profession. Il représente d'abord un danger pour lui-même avant de représenter un danger pour la société. Il doit être protégé et soutenu plutôt que dénoncé.
- La filière thérapeutique doit être distincte de la filière de contrôle de l'exercice professionnel, afin de ne pas décourager les médecins malades à requérir de l'aide. La structure d'aide ne doit pas être pénalisante (pas de retrait de l'aptitude à travailler). Ici surgit une question éthique : lorsque la capacité professionnelle du généraliste est fortement compromise et qu'il refuse une prise en charge thérapeutique et/ou un arrêt temporaire de son activité, doit-on assurer le respect strict de l'anonymat et de la confidentialité de ce médecin malade ou peut-on envisager son signalement aux instances de régulation (Ordre des médecins, Commission médicale provinciale) ?
- La contribution financière personnelle des médecins malades à leur traitement est acceptable. Une intervention financière de l'INAMI et/ou du Ministère de la Santé pourrait être discutée.
- La réinsertion professionnelle post-thérapeutique doit faire partie du processus de prise en charge.

11.1.2 Organiser un service de santé pour les médecins généralistes

Contexte

La santé des médecins généralistes est un enjeu essentiel pour la société. Mais les médecins ne sont pas des patients comme les autres.

Les **entretiens** révèlent qu'ils se soignent peu, mal et ont peu recours à un confrère (autodiagnostic, automédication, auto-suivi des médecins).

Les répondants du **Delphi** reconnaissent pourtant l'importance pour un généraliste d'avoir son propre médecin; ce dernier étant d'ailleurs vu comme l'unique personne qui pourrait, le cas échéant, les référer vers un dispositif d'aide spécialisé dans la prise en charge du burnout.

Objectif

S'assurer que les médecins puissent bénéficier d'un service de santé et favoriser le dépistage précoce des problèmes psychologiques et physiques

Pistes d'action

- Proposition d'incitants pour que chaque médecin ait son propre médecin généraliste (ex. dossier médical chez un confrère).
- Organisation de bilans de santé généraux réguliers (annuels ou bisannuels) incluant une évaluation du burnout (non coercitif, avec incitant).
- Mise sur pied de programmes qui visent à prévenir l'abus d'alcool et de drogues et certains problèmes de santé mentale; à favoriser l'identification précoce et le traitement approprié des médecins qui présentent des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de santé mentale; à leur prêter assistance dans leur insertion ou leur réinsertion à l'exercice professionnel.
- Mise sur pied de programmes de dépistage du burnout dédiés aux professionnels de la santé et possibilité d'orienter le médecin vers une structure existante (orientation vers un psychologue ou un psychiatre pour prendre en charge les problèmes de pathologie mentale, de dépression, d'épuisement professionnel ; orientation vers un service spécialisé dans la prise en charge des addictions ; éventuellement orientation vers un conseiller ou un soutien juridique pour résoudre des problèmes socio-économiques ou juridiques).

Acteurs concernés

INAMI/CNPQ, organismes assureurs, médecins généralistes

Points d'attention

- La participation aux actions de prévention et de dépistage devrait avoir lieu sur une base volontaire, avec assurance de confidentialité et d'anonymat.
- Les dispensateurs de ces actions de prévention et de dépistage pourraient être des médecins généralistes formés pour ce type d'intervention, des psychologues/psychothérapeutes et des équipes d'intervention. Les psychiatres sont par contre exclus dans la prise en charge de première ligne.
- La contribution financière personnelle des participants à ces actions de prévention et de dépistage devrait être réduite. Une intervention financière de l'INAMI pourrait être discutée sans exclure la contribution financière personnelle du médecin lors d'une prise en charge curative.
- Il existe des résistances à lever par rapport à la nécessité d'avoir un médecin de référence.
 - Les chances d'acceptation de la prise en charge d'un médecin généraliste par un médecin référent impliquent :
 - la libre décision du médecin d'être suivi par un médecin référent,
 - le libre choix du médecin référent
 - A contrario, les expériences internationales indiquent que les chances de succès sont

plus importantes si le médecin choisit un médecin de référence en dehors de son cercle d'amis et de sa zone géographique d'activité professionnelle. De plus, une formation spécifique du médecin référent est un atout pour assurer la prise en charge médicale d'un autre médecin (GP for GP).

- Une alternative du type médecine du travail pour médecins généralistes est une piste d'action possible au vu de leur formation à l'identification de différents risques professionnels et à leur rôle de conseiller en prévention. Toutefois, une méconnaissance du champ d'action du médecin du travail peut susciter des réticences de la part des médecins généralistes.
- Les bilans de santé ne doivent pas se focaliser sur les problèmes de santé mentale ou de burnout au risque de susciter la méfiance et le rejet de la part des médecins généralistes (crainte de stigmatisation). Bilans de santé ou consultations bien-être sont des terminologies plus acceptables.

11.1.3 Améliorer les protections sociales des médecins généralistes

Contexte

Les médecins généralistes sont indépendants mais ne bénéficient en contrepartie d'aucun avantage lié à ce statut (liberté horaire, liberté de congés, définition du début et de la fin de journée de travail, impossibilité d'adaptation de la rémunération dans le cadre des accords médico-mutualistes; protections sociales minimales en cas d'interruption de leur activité). La garantie d'allocation maladie/invalidité est une priorité pour les répondants du **Delphi** et les **entretiens** mentionnent plusieurs pistes d'action.

Objectif

Octroyer des protections sociales « équitables » eu égard aux obligations inhérentes à la profession

Pistes d'action

- Garantie d'allocation maladie/invalidité ;
- Fonds spécial pour revenu garanti immédiat en cas d'interruption temporaire de travail et système de remplacement facilité ;
- Reconnaissance des maladies professionnelles ;
- Allongement des congés de maternité ;
- Aide à la planification de la retraite ;
- Facilitation des interruptions de carrière, du travail à temps partiel (financement complémentaire, système de remplacement).

Acteurs concernés

Décideurs (fiscalité des indépendants), organismes assureurs

Points d'attention

- Le remplacement du médecin absent par des médecins itinérants est une expérience mise en œuvre dans d'autres pays (tels que la France). Elle soulève, en Belgique la question du statut du médecin qui n'assurerait que des remplacements (maintien de l'agrément ? possibilité d'accréditation ?)
- L'absence de protections sociales concerne l'ensemble des professions indépendantes. Les solutions à proposer doivent-elles être spécifiques aux médecins généralistes (solidarité entre médecins) ou généralisables à l'ensemble des indépendants (prise en charge par l'Etat) ?
- Le financement des protections sociales pour les médecins généralistes peut être envisagé, par voie collective, de différentes manières :
 - Par une assurance payée par l'INAMI sur une part des honoraires
 - Par un fonds nourri par une partie du statut social des médecins conventionnés

11.2 INITIATIVE POUR DESAMORCER LES CONFLITS DE VALEURS

<p>11.2.1 Susciter une réflexion sur les valeurs qui sous-tendent le travail des médecins généralistes</p>
<p>Contexte</p> <p>Les entretiens réalisés auprès de médecins généralistes soulignent la prégnance de conflits de valeurs intra-professionnels liés à la reconnaissance ou non de la morbidité du travail médical. Il en ressort que la valeur cardinale du dévouement absolu est forte au point de rendre inaudible le problème du burnout au sein d'une partie de la profession et/ou de renforcer la honte et le sentiment de culpabilité chez celui qui en souffre. Ce "silence social" -appelé aussi "loi du silence"- et la stigmatisation qui l'accompagne sont des phénomènes reconnus au niveau international, tous deux contribuant à la persistance voire à l'aggravation du burnout. De la mise en débat public de ces conflits de valeur (lors de conférences nationales ou internationales) dépend une meilleure acceptabilité de certaines pistes d'action.</p>
<p>Objectif</p> <p>Identifier les valeurs intra-professionnelles et extra-professionnelles pouvant entrer en conflit pour pouvoir les désamorcer.</p>
<p>Pistes d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Méthodes de réflexion collective (États généraux de la médecine générale) ; ○ Approches individualisées (information personnalisée, conseil, coaching, psychothérapie) ou en groupe (information, conseil et coaching via les glems, groupes Balint, cercles, etc.). Le public-cible visé devrait comprendre les médecins en formation et les médecins en exercice professionnel. Les sujets abordés devraient comprendre la confiance dans les collègues, la responsabilisation des patients, l'évaluation de sa pratique (dès les premières années de pratique)
<p>Acteurs concernés</p> <p>Médecins généralistes, associations professionnelles, Ordre des médecins, instituts de formation, de gestion du stress et de thérapie pour soignants, Facultés de médecine</p>
<p>Points d'attention</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ce sujet est extrêmement sensible, difficile à analyser et à modifier, étant donné le déni des médecins généralistes sur leur vulnérabilité au burnout. ○ Un conflit intergénérationnel est probable (résistance de la part des anciens attachés aux valeurs traditionnelles de dévouement du médecin ; opposition de la conception de l'exercice de la médecine - dévotion absolue versus profession au même titre qu'une autre ; sens du devoir versus vie professionnelle et sociale équilibrée ; confiance dans la collaboration avec les autres médecins généralistes ou frilosité). Remettre en question la pratique des médecins plus âgés sans les culpabiliser est un défi. ○ Ce thème pourra nourrir le débat sur l'impact de la féminisation de la profession car à la valeur du dévouement absolu, vient s'ajouter celle de la performance (particulièrement prégnante chez les femmes qui estiment devoir prouver ce qu'elles valent dans un monde d'hommes). ○ Les étudiants sont une cible privilégiée de cette recommandation. Les enseignants sont conscients de cette problématique et ont initié certaines formations (communication, groupe Balint...) mais ces dernières ont peu de place dans le programme d'étude actuel.

11.3 INITIATIVES POUR PALLIER LE MANQUE DE SUPPORT CONFRATERNEL

<p>11.3.1 Créer un groupe de réflexion sur le support confraternel</p>
<p>Contexte La revue de la littérature mentionne que des relations tendues et conflictuelles avec les collègues médecins sont associées à un épuisement professionnel plus élevé et à un faible sentiment d'accomplissement personnel. Le support par les pairs, les discussions de groupe, de staff, le soutien de collègues ayant vécu et résolu leur burnout sont autant de pistes d'intervention possibles mentionnées dans la littérature.</p>
<p>Objectif Valoriser le support professionnel et la compréhension mutuelle</p>
<p>Pistes d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Incitants au développement de groupes d'entraide (qui peuvent être définis comme des groupes de support mutuel, largement bénévole, plus ou moins structuré, de personnes ayant des problèmes psychologiques ou sociaux communs) ; ○ Création d'un réseau d'intervenants qui pourraient animer la réflexion dans des groupes de confrères (comme cela existe actuellement au niveau des conseillers en prévention). Ces réunions pourraient être accréditées. ○ Renforcement des systèmes d'encadrement et de mentorat de manière à stimuler des liens privilégiés avec les assistants ; ○ Promotion de contacts moins professionnels entre confrères (y compris avec les assistants) : activités récréatives, sportives...
<p>Acteurs concernés Associations des médecins, Ordre des médecins, instituts de formation et de soutien des médecins en souffrance</p>
<p>Points d'attention</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Selon les entretiens, les Glens et dodécagroupes ne sont pas considérés comme des lieux de parole sur la surcharge de travail ni les difficultés psychologiques. L'opportunité d'utiliser ces structures préexistantes dans ce cadre doit être discutée.
<p>11.3.2 Poursuivre les initiatives des Autorités belges concernant l'encouragement à la pratique de groupe et à la pratique en réseau</p>
<p>Contexte Dans les entretiens, le cabinet de groupe ou la maison médicale semble offrir un lieu où l'on puisse parler sans fausse pudeur des limites à l'engagement. Ce n'est cependant pas la panacée, certains répondants situant l'origine de leur burnout dans la pratique de groupe même. Le Rapport KCE 'Attraction de la MG' propose de favoriser le travail en équipe ou en réseau afin de diminuer la perception d'isolement et de conditions de travail difficiles chez les médecins généralistes qui travaillent seuls dans leur pratique.</p>
<p>Objectif Permettre aux médecins généralistes de partager les difficultés rencontrées dans leur pratique, de profiter d'un soutien administratif, de déléguer certaines tâches et de profiter d'un travail pluridisciplinaire</p>
<p>Pistes d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soutien pratique à toute forme de collaboration formelle mono- ou pluridisciplinaire ○ Maintien des incitants financiers à la pratique de groupe ○ Amélioration de la communication à propos des initiatives existantes

<p>Acteurs concernés INAMI, médecins généralistes, décideurs</p>
<p>Points d'attention</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le groupe lui-même peut être source de burnout. Des mécanismes de gestion sont nécessaires (et certains médecins suggèrent dans les entretiens de prévoir un médiateur itinérant dans les pratiques de groupe); ○ La pratique de groupe pluridisciplinaire, permettant l'association de disciplines différentes, est davantage à encourager que la pratique de groupe monodisciplinaire, afin de permettre la prise en charge de cas lourds (problèmes médicaux et sociaux complexes). Cette collaboration est cependant plus complexe à mettre en œuvre ; ○ Il convient de différencier pratique de groupe et pratique en maison médicale, liée à une idéologie particulière à laquelle n'adhèrent pas tous les médecins ; ○ Un incitant financier au développement d'un réseau informatique facilitant la pratique de groupe serait bienvenu. Il permettrait notamment de gérer un dossier médical commun (utile lors des gardes) ; ○ La pratique de groupe ne convient pas à tous et d'autres alternatives devraient être développées pour assurer la mise en réseau des médecins qui préfèrent maintenir une activité solo.

11.4 INITIATIVES POUR PALLIER LE MANQUE DE CONTRÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE SUR SON ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

<p>11.4.1 Soutenir les médecins généralistes dans la gestion du temps et des priorités</p>
<p>Contexte La flexibilité des horaires, les longues journées de travail, la gestion des urgences et l'harmonisation difficile entre vie privée et vie professionnelle sont autant de facteurs liés au burnout. Des entretiens et de la littérature scientifique, il ressort que certaines techniques de gestion du temps sont vécues comme bénéfiques pour la prévention du burnout.</p>
<p>Objectif Donner aux médecins des pistes pour améliorer la gestion du temps et des priorités.</p>
<p>Pistes d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Amélioration de la gestion des consultations : diminuer les plages horaires de disponibilité, réserver des journées fixes 'consultation sur rendez-vous' ; ○ Coaching ou formation en gestion du temps et priorisation des tâches ; ○ Révision de l'obligation de déplacement du médecin généraliste pour éviter la perte de temps liée aux déplacements inutiles. Proposer des incitants aux déplacements des patients vers le cabinet du médecin vs. prévoir des majorations d'honoraires pour les déplacements inutiles (selon l'état du patient ou le degré relatif de l'urgence).
<p>Acteurs concernés Médecins généralistes, INAMI/CNPQ, SPF santé publique et emploi, associations professionnelles</p>
<p>Points d'attention</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'exercice de la médecine générale implique la gestion d'impondérables, de visites non planifiables interférant avec l'organisation programmée des consultations. ○ Les incitants/sanctions financières ont peu d'impact sur le comportement des patients, surtout si les majorations sont minimales ; ils peuvent aussi introduire une discrimination pour les personnes à revenu faible.

11.4.2 Sensibiliser les patients afin que leurs attentes soient plus réalistes

Contexte

Un nombre important de pratiques consuméristes sont observées en médecine générale comme à l'hôpital : appels du médecin généraliste à des heures indues ou recours intempestif aux urgences pour des problèmes mineurs, chroniques ; tourisme médical pour obtenir la prescription souhaitée ou la multiplication d'examen complémentaires ; exigence d'une visite à domicile alors que l'état du patient n'empêche pas son déplacement... Les **entretiens** soulignent ces différents aspects.

La sensibilisation des patients afin que leurs exigences vis-à-vis du médecin généraliste soient plus réalistes est une piste d'action prioritaire pour les répondants du **Delphi**.

Objectif

Amener les citoyens à recourir de façon raisonnable et adaptée au système de santé.

Pistes d'action

- Recours aux médias pour sensibiliser la population au rôle du médecin généraliste, des services de garde et du service des urgences (cfr. Campagnes DMG, antibiotiques, dépistage du cancer ; émissions thématiques radio/TV ; journaux locaux ; nouveaux médias et utilisation des réseaux sociaux en ligne) ;
- Implication des associations de patients en tant que relais pour sensibiliser la population ;
- Elaboration d'une charte « patients/médecins généralistes ». Les associations scientifiques de médecins généralistes pourraient proposer un texte à placer dans les salles d'attente comme cela existe dans les hôpitaux. Cette charte pourrait être l'équivalent d'un « contrat » à respecter de part et d'autre ;
- Soutien à l'élaboration, par chaque pratique, d'une brochure précisant ce à quoi le patient doit et ne doit pas s'attendre dans cette pratique. Cela se fait déjà dans certaines pratiques de groupe. Cette brochure pourrait être distribuée à la patientèle (et certainement aux nouveaux patients) et pourrait aussi être disponible en ligne (sur le site web de la pratique). L'élaboration de ce type de brochure est spécifique, locale mais elle devrait être stimulée au niveau macro (par exemple par l'organisation d'un concours de la meilleure brochure).

Acteurs concernés

Décideurs, médecins généralistes, Mutualités, associations de patients

Points d'attention

- Les incitants/sanctions financières ont peu d'impact sur le comportement des patients, surtout si les majorations sont minimales ; ils peuvent aussi introduire une discrimination pour les personnes à revenu faible.
- Le cercle vicieux du consumérisme est aussi nourri par les réactions positives des médecins aux demandes des patients. Mais comment renforcer la capacité des médecins à rompre ce cercle vicieux ? Répondre par un refus à une demande de patient (de certificat par exemple) est difficile tant sur le plan relationnel que sur celui de la gestion du temps car cela nécessite parfois de longues explications. Faut-il une formation sur « comment gérer les demandes irrationnelles des patients ? »
- Demander au patient de mieux utiliser le système de santé implique que celui-ci soit clairement organisé. Cela nécessite de régler la question de l'échelonnement des soins et de la définition précise du rôle du médecin généraliste (cfr recommandation suivante).

11.5 INITIATIVES POUR PALLIER LE MANQUE DE RECONNAISSANCE DE LA MEDECINE GENERALE

<p>11.5.1 Poursuivre les efforts assurés par les autorités publiques pour la reconnaissance du rôle de la médecine générale</p>
<p>Contexte</p> <p>Alors que le médecin généraliste devrait se situer au centre des systèmes de santé, les étudiants en médecine ne partagent pas cet enthousiasme pour la première ligne, les médecins généralistes quittent la profession avant même de s'installer ou après quelques années d'expérience. Cette désertion menace l'avenir de la première ligne dans les pays industrialisés et par là même l'équilibre de nos systèmes de santé.</p> <p>Le rapport KCE 90 « Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession? » indique en outre l'importance de la perception négative du statut de la profession de médecin généraliste, liée notamment à sa place dans le système des soins de santé.</p> <p>Les entretiens soulignent les problèmes liés à la pénurie de médecins généralistes et proposent, de même que le Delphi, plusieurs pistes pour améliorer la reconnaissance du rôle du généraliste (tronc commun de formation entre spécialistes et généralistes, système intriqué de dossiers entre spécialistes et généralistes, redéfinition de l'échelonnement des soins).</p>
<p>Objectif</p> <p>Améliorer la reconnaissance du rôle des généralistes par les patients, les décideurs et les autres professionnels de la santé.</p>
<p>Pistes d'action</p> <p>Le rapport KCE 90 formule des recommandations que l'on retrouve dans les entretiens et le Delphi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Amélioration de la sélection et de la formation universitaire des étudiants impliquant un tronc commun de formation entre généralistes et spécialistes, une confrontation plus rapide à la médecine générale et l'organisation de stages de qualité ; ○ Adoption d'un système centralisé de dossiers entre spécialistes et généralistes, une plus grande complémentarité entre généralistes et spécialistes ; ○ Amélioration de l'image de la profession du médecin généraliste. Celle-ci devrait inclure la redéfinition de l'échelonnement des soins, la diversification des activités et de nouvelles perspectives de carrière (par exemple, des activités de recherche, des initiatives de qualité).
<p>Acteurs concernés</p> <p>Facultés de médecine, INAMI/CNPQ, décideurs politiques, associations professionnelles</p>
<p>Points d'attention</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La participation de chaque étudiant de médecine à un stage de médecine générale, bien qu'intéressante pour favoriser la collaboration future entre confrères, n'est pas faisable actuellement vu le nombre restreint de maîtres de stage. ○ La centralisation des dossiers médicaux soulève des questions de garantie de sécurité mais aussi de responsabilité. Il existe un risque d'aboutir à un dossier virtuel que tout le monde alimente mais dont personne ne fait l'analyse et la synthèse. ○ Face à une médecine de plus en plus spécialisée et pointue, le médecin généraliste doit garder une vision globale. Mais être expert en tout est infaisable et donc source de frustration. Il faudrait dès lors réfléchir à une meilleure façon de valoriser les compétences 'généralistes' du médecin généraliste.

<p>11.5.2 Poursuivre les efforts assurés par les autorités publiques pour améliorer la rémunération des médecins généralistes</p>
<p>Contexte</p> <p>La rémunération du médecin généraliste est souvent évoquée comme l'un des facteurs explicatifs des problèmes de recrutement et de rétention en médecine générale.</p> <p>Les décideurs ont déjà adopté des politiques financières telles que les incitants pour exercer la médecine générale dans des zones sous-desservies, le soutien à l'organisation administrative des cabinets de groupe, la capitation associée aux paiements d'honoraires à l'acte.</p>
<p>Objectif</p> <p>Assurer un revenu satisfaisant aux médecins généralistes.</p>
<p>Pistes d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Valorisation adaptée des consultations complexes (échelonnement de niveaux de complexité) ; ○ Incitants à la formation continue : organisation en cours de journée, compensation financière pour la perte de revenus subséquente, soit par rémunération directe (cfr France) soit par un amortissement au niveau des impôts (cfr. Pays-Bas) ; ○ Médecine au forfait ; ○ Etablissement de nouveaux numéros de nomenclature couvrant des tâches non rémunérées actuellement ; ○ Information correcte des médecins généralistes concernant la diversification des mécanismes de paiement ; ○ Poursuite des initiatives financières des autorités belges en matière d'encouragement du travail en équipe et d'installation dans des zones sous-desservies (amélioration de l'information dès la fin des études).
<p>Acteurs concernés</p> <p>Décideurs, INAMI</p>
<p>Points d'attention</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmenter la rémunération peut avoir des effets pervers vis-à-vis du burnout comme celui de stimuler les médecins à avoir encore plus de patients pour gagner plus ou de ne pas vouloir interrompre leurs activités de peur de perdre trop. ○ Etablir une rémunération pour chaque acte finit par créer un système extrêmement complexe où les tranches doivent être additionnées sans jamais égaler le total souhaité. La médecine au forfait n'a pas ce désavantage. ○ La valorisation financière des consultations complexes ne doit pas être financée par les patients car, si le montant de la consultation à charge du patient devient plus élevé, celui-ci se rendra directement chez le spécialiste. ○ Un alignement du nombre d'heures de formation continue suivies par les MG en Belgique devra s'opérer en regard des minimaux requis dans les autres Etats Membres de l'Europe. La question de l'organisation de cette formation devra prochainement être débattue. ○ L'aspect financier n'est qu'une partie de la rémunération professionnelle et ne suffit pas pour satisfaire le besoin de reconnaissance.

11.6 INITIATIVES POUR ÉVITER LE SURMENAGE

<p>11.6.1 Soutenir des mesures concrètes pour permettre de diminuer la charge administrative des médecins généralistes</p>
<p>Contexte La charge administrative est liée à des activités en lien avec les patients, l'INAMI, les mutuelles ou la coordination avec d'autres acteurs de la santé. Diminuer la charge administrative est considéré comme une priorité par les répondants de l'enquête Delphi et des entretiens.</p>
<p>Objectif Réduire le temps consacré par les médecins aux tâches administratives</p>
<p>Pistes d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soutien à l'organisation d'un secrétariat pour la prise en charge de tâches telles que la prise de rendez-vous, le suivi des dossiers, l'archivage des documents, la commande de formulaires,... ○ Simplification administrative (formulaires communs requis pour les certificats, assurances, mutuelles, ...). ○ Soutien à la comptabilité (facturation, suivi de la comptabilité,...) même pour les médecins qui exercent en solo. ○ Facilitation de démarches administratives telles que la facturation en 1/3 payant ; poursuite des initiatives entreprises par l'INAMI en vue d'encourager le tiers-payant social. ○ Simplification de l'utilisation des technologies d'information et de communication (accès électronique aux documents administratifs ou possibilité de référer par voie électronique des patients aux spécialistes, prise de rendez-vous par voie électronique).
<p>Acteurs concernés Décideurs</p>
<p>Points d'attention</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les technologies de l'information et de la communication peuvent contribuer à alléger les tâches administratives, mais une trop grande complexité d'usage peut aussi générer du burnout chez les médecins généralistes. Elles soulèvent aussi la question de la protection des données. ○ Les médecins généralistes reconnaissent l'utilité des démarches administratives nécessaires à l'obtention d'indemnités ou au remboursement des médicaments mais plaident pour éviter le dédoublement des formulaires selon les instances concernées (mutuelles, Fonds des Maladies professionnelles, Vierge Noire,...) et pour disposer de formulaires à compléter online reprenant uniquement les données utiles pour l'objectif visé. ○ L'engagement d'une secrétaire administrative peut s'avérer utile mais ne réduira pas nécessairement la charge de travail totale du médecin car la délégation des tâches simples entraîne le cumul de tâches complexes (sans alternance).

<p>11.6.2 Elaborer une stratégie de soutien de la prise en charge des patientèles lourdes et des situations complexes</p>
<p>Contexte</p> <p>La gestion des patients à charge émotionnelle/psychologique élevée, d'une part, et le développement de compétences en communication, gestion des erreurs médicales, accompagnement des patients psychiatriques, d'autre part, sont deux priorités identifiées par l'enquête Delphi.</p> <p>Lors des entretiens, les médecins soulignent eux aussi la charge (émotionnelle et en temps) représentée par la prise en charge des patients présentant des problématiques complexes.</p>
<p>Objectif</p> <p>Soutenir les médecins dans la prise en charge des situations complexes, exigeant souvent l'acquisition ou le maintien de compétences particulières et un temps accru pour la consultation</p>
<p>Pistes d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Formation, supervision, coaching, suivi psychologique des médecins confrontés à ce type de patientèle . ○ Mise en place d'équipes multidisciplinaires (intégrant psychologues et travailleurs sociaux) et/ou création de réseaux locaux de médecins spécialistes, assistants sociaux et psychologues auxquels les patients peuvent être référés. ○ Prise en considération proportionnelle du temps dévolu aux consultations complexes (code de facturation spécifique en fonction du niveau de complexité).
<p>Acteurs concernés</p> <p>Décideurs, instituts de formation, de gestion du stress et de thérapie pour soignants ; associations professionnelles</p>
<p>Points d'attention</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La pratique de groupe pluridisciplinaire, permettant l'association de disciplines différentes, est davantage à encourager que la pratique de groupe monodisciplinaire, afin de permettre la prise en charge de cas lourds (problèmes médicaux et sociaux complexes). ○ La pratique de groupe ne convient pas à tous et d'autres alternatives devraient être développées pour assurer la mise en réseau des médecins qui préfèrent maintenir une activité solo. ○ La médecine générale ne doit pas être découpée en thématiques. Il est important de reconnaître des situations complexes sans recourir à la nosologie pour leur attribuer une étiquette précise.
<p>11.6.3 Concevoir et mettre en place des services de garde bien organisés afin de soulager les médecins généralistes des gardes individuelles tout en garantissant la continuité des soins en milieu ambulatoire</p>
<p>Contexte</p> <p>L'amélioration du système de garde est une priorité pour les répondants de l'enquête Delphi. Ce thème est également souligné dans les entretiens où plusieurs propositions sont formulées à cet égard (compensation financière, récupération temporelle dédommagée, postes de garde, incitation au déplacement des patients, ...).</p>
<p>Un rapport KCE est actuellement en cours (2011) et formulera des recommandations concrètes à appliquer dans ce domaine. Cette recommandation n'est donc pas développée dans le présent rapport sur le burnout des médecins généralistes.</p>

11.6.4 Encourager les médecins à utiliser des techniques de gestion du stress
Contexte La manière de gérer son stress peut avoir un impact sur les différentes composantes du burnout. A ce propos, la littérature scientifique souligne la pertinence des techniques de gestion du stress en prévention du burnout. A noter que certaines de ces interventions (coping) devraient être adaptées en fonction du sexe du public-cible.
Objectif Donner aux médecins des pistes pour identifier les situations de stress et y faire face, pour mobiliser adéquatement leur énergie et leurs ressources ; promouvoir les pratiques qui favorisent le bien-être et le maintien des professionnels en santé.
Pistes d'action <ul style="list-style-type: none">○ Apprentissage de techniques de gestion du stress et de relaxation, de formation à la pleine conscience ;○ Développement d'ateliers sur la santé des médecins : par exemple, la fatigue en pratique médicale ; les périls du perfectionnisme ; la carrière en évolution ; survivre aux erreurs et aux plaintes ; l'ergonomie dans le cabinet médical ;○ Cours spécifiques à donner aux médecins généralistes en formation pour aborder les solutions qui les aideront à surmonter les difficultés éventuelles de leur pratique (par exemple, l'organisation d'un cabinet de médecine générale, les facteurs de stress potentiels de la profession cfr rapport KCE 90) ;○ Promotion des pratiques visant le mieux-être des médecins (cours, conférences, stands d'information tenus à l'occasion de congrès médicaux) ;○ Informations relatives aux initiatives existantes en matière de gestion de l'anxiété et du stress.
Acteurs concernés Médecins généralistes, Facultés de médecine, associations professionnelles, décideurs et dispositifs existants
Points d'attention <ul style="list-style-type: none">○ La promotion du bien-être et de la santé des médecins est considérée comme une piste d'action secondaire par les médecins. Une méconnaissance de ce qui existe, un formatage des étudiants peu attentifs à ces aspects, la demande d'énergie supplémentaire que la gestion du stress impose sont autant de freins qu'il faudra pouvoir lever.

12 SYNTHÈSE GÉNÉRALE: UNE APPROCHE GLOBALE POUR FAVORISER UN ENGAGEMENT PROFESSIONNEL ÉQUILIBRÉ

12.1 CONTEXTE ET MÉTHODES

12.1.1 Le burnout : une menace pour les médecins généralistes et pour la santé publique

La santé des médecins généralistes est un enjeu essentiel pour la société. Intervenant en première ligne, ils ont pour mission la gestion de la majorité des problèmes de santé de la population générale, tant d'un point de vue préventif que curatif.

L'épuisement professionnel, connu sous le terme de burnout, peut générer pour celui qui en souffre, des problèmes de santé mentale, telle que de la dépression. L'irritabilité et la tendance à s'isoler d'une personne en burnout engendrent également des conséquences sociales, sur l'entourage professionnel et sur la famille. De plus, le burnout est souvent associé à un risque de suicide ou d'abus de substances psychotropes, et ce particulièrement chez les médecins, grâce à leur accès aisé aux médicaments.

Outre le danger qu'ils représentent pour eux-mêmes, les médecins en souffrance sont moins à même d'accomplir adéquatement leurs tâches professionnelles et risquent de commettre des erreurs médicales. Dans les cas les plus sévères, ils seront contraints d'arrêter d'exercer la médecine, temporairement ou définitivement. La surcharge de travail occasionnée par leur absence augmentera par ricochet le risque de burnout de leurs confrères, dans la mesure où ils devront assumer une patientèle supplémentaire^{136, 137}. Dans ces situations extrêmes, le burnout a des conséquences économiques pour le médecin et sa famille en raison de la perte de revenu liée à l'incapacité de travail.

Aucune étude robuste n'a permis d'évaluer la prévalence de burnout chez les médecins en Belgique. Selon une enquête menée par le SPF Emploi, 0,8% de la population active seraient diagnostiqués en état de burnout par leur médecin généraliste, soit près de 19 000 travailleurs en Belgique¹. La "Fédération des maisons médicales" estimait en 2005 que 10% des médecins généralistes étaient en burnout².

Les médecins généralistes sont des candidats vulnérables au burnout, en raison de la nature même de leur travail, de la relation avec les patients, dont les attentes et les demandes s'accroissent et dépassent régulièrement la sphère médicale (problèmes sociaux, familiaux, économiques), de leur engagement professionnel très fort et de la nécessité d'assurer la continuité du service à la population, envers et contre tout. De plus, ils sont des patients particuliers car ils tendent à négliger leur bien-être personnel, y compris leur propre santé, à nier leurs problèmes, à s'auto-traiter et se montrent réticents à consulter leurs pairs. Enfin, la majorité d'entre eux étant indépendants, ils n'ont pas accès à des structures de médecine préventive, telle que la médecine du travail, et hésitent à interrompre leur activité professionnelle pour raisons de santé vu la difficulté de se faire remplacer et le risque de subir une perte de revenus non compensée.

12.1.2 Objectifs de l'étude

Pour veiller à garder les médecins généralistes belges en bonne santé et assurer la délivrance de soins de qualité en toute sécurité pour les patients, le groupe de travail sur la santé du médecin du Conseil National pour la Promotion de la Qualité (CNPQ) de l'INAMI a demandé à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de confier au KCE la présente étude.

L'objectif de cette étude est de proposer aux décideurs politiques des pistes réalistes de prévention et de prise en charge du burnout des médecins généralistes. Les recommandations focalisées sur ce groupe professionnel particulier pourraient servir de base aux réflexions sur la prévention et la prise en charge du burnout chez d'autres professionnels de la santé.

12.1.3 Qu'est-ce que le burnout ?

Le burnout est un concept introduit pour la première fois en 1974 par Freudenberger¹⁰. Le burnout résulte de l'exposition prolongée à un stress persistant en situation de travail. Il est multifactoriel et survient chez des individus qui vivent notamment une divergence importante entre leurs attentes idéalisées et la réalité de leur travail. Il peut se caractériser par une rupture du contrat psychologique que le travailleur a établi avec sa situation de travail, générant une perception négative du travail, se traduisant par un sentiment d'inefficacité professionnelle et d'épuisement. Divers symptômes peuvent se manifester : physiques (douleurs gastriques et/ou dorsales, troubles du sommeil et de l'appétit, asthénie,...), cognitifs et affectifs (anxiété, irritabilité, humeur dépressive, perte de concentration, troubles de la mémoire,...), et comportementaux (cynisme, indifférence, isolement, consommation abusive d'alcool et de psychotropes, absentéisme,...). Le burnout touche particulièrement les personnes qui accordent beaucoup d'importance et de valeur à leur profession et atteint les travailleurs de tous les secteurs d'activité.

Bien qu'il en existe plusieurs définitions, la présente étude s'est focalisée sur le burnout tel que décrit par Maslach et al¹¹. Cette définition est la plus utilisée dans la littérature scientifique. Selon Maslach, il s'agit d'un épuisement professionnel qui se décline en 3 composantes:

- **L'épuisement émotionnel**, marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable ;
- **La dépersonnalisation** : les patients (ou clients) sont traités de manière impersonnelle, négative, détachée voire cynique, comme s'ils étaient des objets ou des numéros¹² ;
- **Une réduction de l'accomplissement personnel** : le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même en tant que professionnel et supportant donc moins les efforts qu'il doit fournir pour surmonter son épuisement. Il estime que le travail n'a pas de sens et est dénué de valeur¹².

12.1.4 Comment le KCE a-t-il abordé la problématique ?

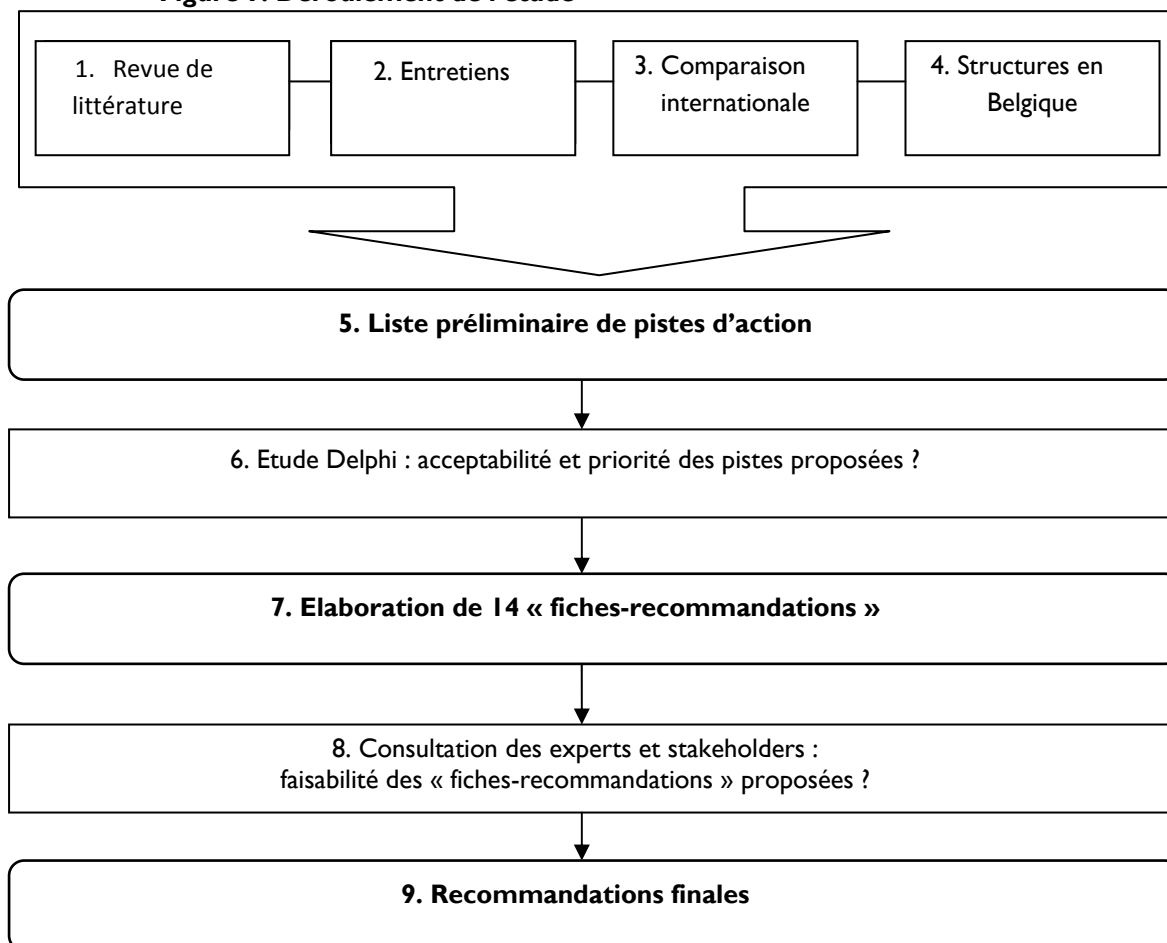
Afin d'appréhender la problématique et de proposer des pistes d'action de prévention et de prise en charge du burnout des médecins généralistes en Belgique, des méthodologies complémentaires ont été adoptées:

1. Pour répertorier les facteurs associés au burnout des médecins généralistes ainsi que pour identifier les interventions de prévention ou de prise en charge du burnout qui ont fait l'objet d'une évaluation, nous avons réalisé une **revue systématique de la littérature scientifique** indexée ;
2. Pour comprendre ce que vivent les médecins confrontés à une situation de burnout et le trajet de vie des personnes qui en ont souffert, nous avons mené une **étude qualitative par entretiens** auprès de 40 médecins généralistes Belges qui étaient ou avaient été en burnout ;
3. Pour identifier et proposer des pistes d'action pour la Belgique, nous avons réalisé une **étude comparative des structures de prévention et de prise en charge** du burnout des médecins mises en place à l'étranger. Ont été analysés : l'Association d'Aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) en France, 'Doctors for Doctors' au Royaume-Uni, le Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM) en Espagne, le 'Irish College of General Practitioners (ICGP) Health in Practice Programme' (HIPP) en Irlande, le Victorian Doctors Health Program en Australie, le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) ainsi que les programmes spécifiques des provinces canadiennes et les Physician Health Programme (PHP) aux Etats-Unis ;
4. Pour identifier les appuis possibles aux pistes d'action qui seront formulées, nous avons mené une **étude descriptive des structures de prévention et de prise en charge du burnout existant en Belgique** ;
5. Une **liste préliminaire de toutes les pistes d'action** potentielles a été élaborée par les équipes de recherche sur base des enseignements tirés lors des 4 premières étapes du processus ;
6. Pour tester l'acceptabilité et la priorité accordée aux propositions formulées lors de la 5ème étape, nous avons mené une **étude Delphi** auprès d'un échantillon de 59 médecins généralistes tout venant ;
7. Quatorze « **fiches-recommandations** » ont été élaborée par les équipes de recherche, tenant compte l'ensembles des résultats obtenus précédemment (étape 1 à 4 et Delphi) ;
8. Pour évaluer la faisabilité de ces 14 « **fiches-recommandations** » et identifier les points qui mériteraient une attention particulière lors de leur concrétisation, nous avons organisé un **atelier de discussion avec un panel d'experts et de stakeholders**.
9. Sur base des discussions de l'étape 8 nous avons formulé la liste des **recommandations finales**.

Chaque méthodologie utilisée est décrite plus précisément dans la partie correspondante du rapport

Le Comité d'éthique ULB-Erasme a émis un avis favorable pour les parties de collecte de données qualitatives (entretiens et technique Delphi) le 17 août 2010. L'ensemble du processus de recherche est décrit dans la figure suivante.

Figure 9. Déroulement de l'étude



Cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement, la revue de la littérature a identifié de nombreuses études de faible qualité méthodologique, et peu d'interventions ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Deuxièmement, en ce qui concerne les données qualitatives obtenues lors des entretiens, seuls les médecins suffisamment forts psychologiquement se sont exprimés sur leur expérience personnelle. Le vécu des médecins trop épuisés pour accepter un entretien, n'est donc pas reflété ici. Enfin, malgré les précautions méthodologiques de sélection de l'échantillon de l'enquête Delphi, nous ne pouvons affirmer que les médecins ayant participé représentent réellement l'ensemble des médecins généralistes. Il existe un possible biais de sélection des médecins motivés et intéressés par les dimensions psychosociologiques de la relation médecin-patient.

12.2 QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES ?

Un très grand nombre de facteurs liés au burnout sont rapportés dans la littérature scientifique. Toutefois, sans étude prospective ou cas-témoin robuste, aucune relation causale formelle ne peut être établie entre ces facteurs et la survenue du burnout. A chaque association correspondent plusieurs interprétations possibles : le facteur identifié peut être un facteur de risque de burnout, une cause potentielle de burnout ou encore la résultante d'une situation de burnout. L'identification de ces facteurs est néanmoins intéressante dans la mesure où ils peuvent représenter une cible pour les actions de prévention du burnout chez les médecins généralistes.

Nous avons identifié 3 catégories de facteurs liés au burnout⁶:

- Les **facteurs individuels**, tels que les caractéristiques sociodémographiques des médecins (sexe, âge, statut marital, nombre d'enfants, etc.), leur parcours professionnel, leurs caractéristiques psychologiques, leur consommation de substances addictives, la manière dont ils gèrent leur stress et le support social dont ils bénéficient ou non ;
- Les **facteurs intrinsèques**, liés à la pratique de la médecine. Ils concernent les relations avec les patients, l'établissement d'un diagnostic, le choix d'un traitement, la prise de décisions médicales et les facteurs relatifs au stress professionnel ;
- Les **facteurs extrinsèques**, liés à l'environnement de travail et à l'organisation de la profession. Il s'agit des facteurs relatifs à la charge de travail, à l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, à la formation continuée, aux relations avec les autres professionnels de la santé, à l'organisation et au lieu de la pratique, aux aspects financiers et juridiques et enfin au système de soins de santé dans lequel le médecin généraliste évolue.

12.3 PISTES D'ACTION POUR LA PREVENTION

Nous avons organisé les pistes d'actions de prévention possibles selon les domaines de déséquilibre générateurs de burnout décrits par Maslach et Leiter¹⁴ que nous avons adaptés au monde de la médecine générale. Ces pistes concernent les caractéristiques personnelles des médecins, la pratique de la médecine (ou la formation) et/ou l'organisation des soins de santé.

Tableau 17. Pistes d'actions de prévention du burnout selon les domaines de déséquilibre et les acteurs concernés.

Domaine de déséquilibre	Piste d'action	Relative aux caractéristiques personnelles	Relative à la pratique médicale	Relative à l'organisation du système de soins de santé
Conflits de valeurs	Désamorcer les conflits de valeurs	X	X	X
Obligations et protections professionnelles	Un service de santé pour les médecins généralistes Améliorer les protections sociales des médecins généralistes	X		X
Support confraternel	Créer un groupe de réflexion sur le support confraternel et la compréhension mutuelle Encourager la pratique de groupe et à la pratique en réseau	X	X X	X X
Contrôle sur l'activité professionnelle	Gestion du temps et des priorités Sensibiliser les patients	X X	X X	X X
Reconnaissance de la médecine générale	Reconnaissance du rôle de la médecine générale par les patients, les décideurs et les autres professionnels de la santé Rémunérer adéquatement les médecins généralistes		X	X X
Surmenage	Diminuer la charge administrative des médecins généralistes Soutenir la prise en charge des patientèles lourdes et des situations complexes Concevoir et mettre en place des services de garde bien organisés Gérer son stress	X X	X X	X X

12.3.1 Désamorcer les conflits de valeurs

Les médecins généralistes en burnout rapportent être déchirés entre leur désir de tendre vers un dévouement absolu et la gestion des difficultés qu'ils rencontrent. Et c'est justement cette valeur du dévouement absolu qui rend le problème du burnout et la vulnérabilité des médecins à ce syndrome inaudibles pour une partie de la profession, renforçant ainsi la honte et le sentiment de culpabilité chez celui qui en souffre. Cette "loi du silence" et la stigmatisation qui l'accompagne sont des phénomènes reconnus au niveau international. Tous deux contribuent à la persistance voire à l'aggravation du burnout.

Parvenir à identifier les valeurs qui sous-tendent le travail des médecins généralistes et désamorcer les conflits entre elles, sans culpabiliser les médecins, est un réel défi. En effet, une telle réflexion remet en question la pratique médicale, telle que véhiculée depuis des décennies, et risque par conséquent d'évoluer vers un conflit dans lequel certains restent attachés aux valeurs traditionnelles de dévouement du médecin, au sens du devoir, à l'expérience de travail en solo, les autres étant orientés vers une conception différente de l'exercice de la médecine, visant une vie professionnelle et sociale équilibrée, misant sur une collaboration entre médecins généralistes et avec d'autres professionnels. A cela s'ajoutent les valeurs de performance, de réussite et de compétitivité relayées depuis les études de médecine.

Plusieurs méthodes peuvent participer à l'identification et à la discussion des valeurs portées par la médecine générale, allant d'approches collectives (Etats généraux) à des approches individualisées (information personnalisée, conseil, coaching, psychothérapie) ou en petits groupes (information, conseil et coaching via les Glems, groupes Balint, cercles, etc.).

Quelle que soit la méthode envisagée, la confiance dans les collègues, la responsabilisation des patients ainsi que l'évaluation de sa propre pratique, sont des thèmes essentiels à aborder.

De la mise en débat public de ces conflits de valeur (lors de conférences nationales ou internationales) dépend une meilleure acceptabilité de certaines pistes d'action clairement préventives ou de prise en charge proposées ci-après.

12.3.2 Equilibrer les obligations et protections professionnelles

12.3.2.1 Organiser un service de santé pour les médecins généralistes

Les médecins ne sont pas des patients comme les autres : les entretiens révèlent qu'ils se soignent peu, mal et ont peu recours à un confrère. Ils pratiquent l'autodiagnostic, l'automédication et l'auto-suivi.

Pour assurer une prise en charge de la santé de ce public particulier, deux pistes peuvent être proposées :

- A chaque généraliste son généraliste :

La première piste, acceptée par les répondants du Delphi, vise à encourager les médecins généralistes à avoir leur propre médecin généraliste. Celui-ci est perçu comme l'unique personne qui pourrait, le cas échéant, les référer vers un dispositif d'aide spécialisé dans la prise en charge du burnout.

Pour lever les résistances possibles des médecins à être suivi et augmenter le succès de cette proposition, à l'image de ce qui est proposé à l'étranger, chaque médecin devrait être invité à choisir lui-même son médecin référent, préférentiellement en dehors de son cercle d'amis et de sa zone géographique d'activité professionnelle. En outre, ce médecin référent devrait avoir été spécifiquement formé à suivre un confrère.

- Vers une médecine du travail pour le médecin généraliste:

La seconde piste, complémentaire à la première, est de s'assurer que les médecins puissent bénéficier d'un service de santé et favoriser le dépistage précoce des problèmes psychologiques et physiques sans les stigmatiser :

- Par la réalisation régulière de bilans de santé généraux ou « consultations bien-être » ;
- Par des programmes de prévention, d'identification et de traitement des assuétudes (alcool, médicaments et drogues) et de certains problèmes de santé mentale (dépression, problèmes bipolaires, ...);
- Par des programmes de dépistage spécifique du burnout et d'orientation le cas échéant.

Les bilans et programmes médicaux pourraient être réalisés, par exemple, par des médecins généralistes formés spécifiquement à cette problématique ou par des médecins du travail. Ces derniers sont en effet spécialisés dans l'identification de différents risques professionnels et habitués à assumer un rôle de conseiller en prévention. Toutefois, leur champ d'action est peu connu des médecins généralistes, ce qui pourrait susciter des réticences chez certains. Certaines tâches diagnostiques et thérapeutiques pourraient également être confiées à des psychologues ou des psychothérapeutes.

Les stakeholders insistent sur le fait que la participation aux actions de prévention et de dépistage devrait avoir lieu sur une base volontaire. Toutefois, vu les résistances des médecins à se faire suivre et vu le déni particulièrement présent chez les médecins les plus vulnérables, la question de savoir si cette participation ne devrait pas être rendue obligatoire se pose sérieusement. En généralisant une visite médicale obligatoire pour tous les médecins à intervalles réguliers (tous les 3 ans par exemple), comme c'est déjà pratiqué ailleurs, ne dédramatiserait-on pas le problème en favorisant un repérage plus efficace des cas problématiques?

Quoi qu'il en soit, de manière générale, la participation à ces visites devrait être assortie d'une garantie de confidentialité et de respect de l'anonymat du médecin en souffrance.

La contribution financière personnelle des participants à ces actions devrait être réduite. Ainsi, une intervention financière de l'INAMI pourrait être envisagée sans exclure celle, personnelle, du médecin en cas de prise en charge curative.

12.3.2.2 Améliorer les protections sociales des médecins généralistes

Les médecins généralistes sont en grande majorité des travailleurs indépendants. Ce statut confère théoriquement certains avantages en termes d'organisation du travail et de fixation des honoraires. Or, comparativement aux autres professionnels indépendants (dont le financement n'est pas assuré par la collectivité), la liberté des médecins généralistes d'exercer comme bon leur semble est limitée par des obligations légales, incluant l'obligation de garantir la continuité des soins. Ainsi ils ne bénéficient pas d'une réelle liberté en termes d'horaires ou de congés ou de fixation du début et de la fin de la journée de travail. Pour ceux qui ont choisi d'adhérer aux accords médico-mutuellistes, leur rémunération est fixée par des tiers et ils ne peuvent la revoir. En contrepartie, les médecins généralistes ne bénéficient que de protections sociales minimales en cas d'interruption de leur activité. Tout ceci déséquilibre la balance d'obligations et de protections professionnelles (déséquilibre effort/récompenses). La garantie d'allocation maladie-invalidité constitue dès lors une priorité dans les actions à entreprendre.

Plusieurs pistes d'action sont envisageables:

- Une protection sociale renforcée :
 - Allouer des revenus de remplacement immédiats pour les interruptions temporaires de travail pour maladie ;
 - Revoir les modalités d'interruption du temps de travail comme allonger la durée du congé de maternité rémunéré, faciliter les interruptions de carrière, ou le travail à temps partiel ;
 - Prévoir une aide à la planification de la retraite ;
 - Reconnaître certaines maladies professionnelles pour les médecins généralistes.
- Le remplacement facilité :

Afin de ne pas mettre en danger la continuité des soins et ne pas alourdir la charge des médecins qui restent au travail, les différentes mesures de protection sociale proposées ci-avant devraient s'accompagner de systèmes de remplacement facilité des médecins absents. En France par exemple, il existe des 'médecins itinérants', spécialisés dans les remplacements, et qui ne sont pas désavantagés dans leur carrière par ce type d'activité. Néanmoins, ce statut n'est actuellement pas prévu en Belgique.

- Un financement partagé :

Si l'on considère qu'il faut prévoir une révision des protections sociales spécifiquement pour les médecins généralistes, vu leur rôle spécifique dans la société, le financement de celles-ci par voie collective pourrait être envisagé sous la forme d'une assurance payée par l'INAMI sur une part des honoraires ou via un fonds alimenté par une partie du statut social des médecins conventionnés. Si par contre la réflexion porte sur la protection de tous les travailleurs indépendants, alors c'est l'Etat qui devrait proposer des solutions différenciées de financement.

12.3.3 Pallier le manque de support confraternel

12.3.3.1 *Créer un groupe de réflexion sur le support confraternel et la compréhension mutuelle*

La revue de la littérature mentionne que des relations tendues et conflictuelles avec les collègues médecins sont associées à un épuisement professionnel plus élevé et à un faible sentiment d'accomplissement personnel. Le support par les pairs, les discussions de groupe, de staff, le soutien de collègues ayant vécu et résolu leur burnout sont reconnus comme autant de pistes d'intervention possibles.

Soutenir les groupes de réflexion et d'entraide

Des incitants au développement de groupes d'entraide devraient être prévus. Un réseau d'intervenants pourrait également être créé pour animer la réflexion au cours de réunions entre confrères. Ces réunions pourraient être accréditées. Concrètement, les Glems (Groupes locaux d'évaluation médicale) et dodécagroupes ne sont pas considérés par les médecins interviewés comme des lieux de parole adéquats pour discuter de thèmes tels que la surcharge de travail ou les difficultés psychologiques rencontrées par les médecins.

Renforcer le tissu social entre confrères

En amont, la promotion de contacts récréatifs ou sportifs entre confrères et un renforcement des systèmes d'encadrement des stagiaires et jeunes médecins généralistes ou du système de mentorat permettraient de stimuler des liens privilégiés entre confrères.

12.3.3.2 *Poursuivre les initiatives des autorités belges concernant l'encouragement à la pratique de groupe et à la pratique en réseau*

Le cabinet de groupe et la maison médicale sont apparus au cours des entretiens avec les médecins généralistes en burnout comme des lieux où l'on peut librement parler des limites à l'engagement professionnel et partager les difficultés rencontrées.

Le Rapport KCE 'Attraction de la MG'¹³⁸ proposait déjà de favoriser le travail en équipe ou en réseau afin de diminuer la perception d'isolement et de conditions de travail difficiles chez les médecins généralistes qui travaillent seuls.

Maintenir la promotion de la pratique de groupe

Pour poursuivre l'encouragement des médecins à s'entourer, il conviendrait de maintenir les incitants financiers à la pratique de groupe et améliorer la communication à propos des initiatives existantes. La pratique de groupe pluridisciplinaire, permettant l'association de disciplines différentes, est davantage à encourager que la pratique de groupe monodisciplinaire, afin de permettre la prise en charge de cas lourds (problèmes médicaux et sociaux complexes) par les professionnels adéquats. Le développement et le recours à un réseau informatique serait également un support précieux dans ce type de pratique. Il permettrait notamment de gérer un dossier médical commun (utile lors des gardes).

Prévoir de gérer les conflits

Pour éviter que ce type d'organisation collective de pratique ne soit source de burnout, comme cela a déjà parfois été le cas, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes de gestion des relations interpersonnelles comme, par exemple, prévoir un médiateur itinérant.

Permettre la pratique en solo, mais veiller à la mise en réseau

Comme la pratique de groupe ne convient pas à tous, d'autres alternatives devraient être développées pour assurer la mise en réseau des médecins qui préfèrent maintenir une activité solo.

12.3.4 Pallier le manque de contrôle du médecin généraliste sur son activité professionnelle

12.3.4.1 *Soutenir les médecins généralistes dans la gestion du temps et des priorités*

La flexibilité des horaires, les longues journées de travail, la gestion des urgences et l'harmonisation difficile entre vie privée et vie professionnelle sont autant de facteurs liés au burnout. C'est la raison pour laquelle certaines techniques de gestion du temps sont vécues comme bénéfiques et conseillées en prévention.

Aider le généraliste à mieux gérer son temps

Au niveau individuel, chaque médecin pourrait prévoir de diminuer les plages horaires de ses consultations libres et réserver des journées fixes de 'consultation sur rendez-vous'. Par ailleurs, chaque médecin qui en éprouverait le besoin pourrait suivre un coaching ou une formation en gestion du temps et priorisation des tâches. Car l'exercice de la médecine générale implique la gestion d'impondérables, de visites non planifiables interférant avec l'organisation programmée des consultations.

Repenser les déplacements

De manière plus structurelle, le caractère inconditionnel de l'obligation de déplacement du médecin généraliste pourrait être revu de manière à permettre au médecin de refuser un déplacement qu'il jugerait inutile. Des incitants aux déplacements vers le cabinet du médecin pourraient être proposés aux patients. Une autre alternative serait de prévoir des majorations d'honoraires pour les déplacements exigés par le patient alors que jugés inutiles par le médecin. Néanmoins, on sait que les incitants/sanctions financières ont peu d'impact sur le comportement des patients - surtout s'ils sont minimales - et qu'ils peuvent par ailleurs introduire une discrimination pour les personnes à revenu faible.

12.3.4.2 *Sensibiliser les patients afin que leurs attentes soient plus réalistes*

Un nombre important de pratiques consuméristes sont observées en médecine générale comme à l'hôpital : appel au médecin généraliste à des heures indues ou recours intempestif aux urgences pour des problèmes mineurs ou chroniques ; tourisme médical pour obtenir la prescription souhaitée ou multiplier les examens complémentaires ; exigence d'une visite à domicile alors que l'état du patient n'empêche pas son déplacement, etc.

Amener les citoyens à recourir de façon raisonnable et adaptée au système de santé, en sensibilisant les patients afin que leurs exigences vis-à-vis du médecin généraliste soient plus réalistes est une piste d'action prioritaire pour prévenir le burnout des médecins généralistes.

Concrètement, que peuvent faire les médecins, aidés par les autorités ?

- Editer une charte patients-médecins:
Les associations scientifiques de médecins généralistes pourraient proposer une sorte de charte « patients-médecins généralistes », à l'image de ce qui se fait dans certains hôpitaux, à afficher dans les salles d'attente. Cette charte pourrait être l'équivalent d'un « contrat » à respecter de part et d'autre.
- Editer une brochure de la pratique :
A un niveau plus local, comme cela existe déjà dans certaines pratiques de groupe, chaque pratique pourrait être encouragée à élaborer une brochure précisant ce à quoi le patient doit et ne doit pas s'attendre dans sa relation à son médecin généraliste. Cette brochure pourrait être distribuée à la patientèle et pourrait aussi être disponible en ligne sur le site web de la pratique quand il existe.
- Faire appel à d'autres moyens de communication:
Des messages de sensibilisation pourraient être diffusés par les médias, les mutualités et les associations de patients.

- Apprendre à dire non :
Le cercle vicieux du consumérisme est aussi nourri par les réactions positives des médecins aux demandes des patients. On sait, par exemple, que refuser de délivrer un certificat médical de complaisance est difficile tant sur le plan relationnel que sur celui de la gestion du temps car cela nécessite parfois de longues explications. Une réflexion, voire une formation sur « comment gérer les demandes inadéquates des patients ? » serait peut-être la bienvenue.
- Clarifier les rôles et l'organisation :
A un niveau organisationnel, il va de soi que pour aider le patient à mieux utiliser le système de santé il faut que celui-ci soit clairement organisé. Cela nécessite de régler la question de l'échelonnement des soins et celle de la définition précise du rôle du médecin généraliste.

12.3.5 Pallier le manque de reconnaissance de la médecine générale

La perception négative du statut de la profession de médecin généraliste, liée notamment à sa place dans le système des soins de santé¹³⁸, est un élément crucial. Alors que le médecin généraliste devrait se situer au centre des systèmes de santé, les étudiants en médecine ne partagent pas cet enthousiasme pour la première ligne et des médecins généralistes fraîchement diplômés quittent la profession avant même de s'installer ou après quelques années d'expérience. Cette désertion menace l'avenir de la première ligne dans les pays industrialisés et par là même l'équilibre de nos systèmes de santé.

12.3.5.1 *Poursuivre les efforts assurés par les autorités publiques pour la reconnaissance du rôle de la médecine générale par les patients, les décideurs et les autres professionnels de la santé*

Face à une médecine de plus en plus spécialisée et pointue, la médecine générale se singularise par sa vision globale du patient, qui lui donne toute sa valeur. Toutefois, cette vision peut être source de frustration pour le médecin généraliste qui se voit confronté à une incertitude, inhérente au savoir médical, dès lors démultipliée. Il faudrait réfléchir à une meilleure façon de valoriser les compétences 'généralistes' du médecin généraliste, en les mettant en évidence dès les études de médecine et en insistant sur la complémentarité avec la médecine spécialisée.

Valoriser la médecine générale tôt dans la formation

La sélection et la formation des étudiants en médecine pourraient être améliorées par l'instauration d'un tronc commun de formation en médecine générale entre généralistes et spécialistes, une confrontation plus rapide à la médecine générale et l'organisation de stages de qualité. Le KCE avait déjà formulé ces recommandations en 2008¹³⁸. La participation de chaque étudiant de médecine à un stage de médecine générale, bien qu'intéressante pour favoriser la collaboration future entre confrères, n'est pas faisable actuellement vu le nombre restreint de maîtres de stage.

Stimuler le partage des données médicales

Pour favoriser une plus grande complémentarité entre généralistes et spécialistes, une piste consisterait à adopter un système centralisé de dossiers entre les différents dispensateurs de soins. Les questions de garantie de sécurité des données médicales mais aussi de responsabilité doivent cependant être posées car il existe un risque d'aboutir à un dossier virtuel que tout le monde alimente mais dont personne ne fait ni l'analyse ni la synthèse.

Accroître l'attractivité par la diversité

Enfin, l'amélioration de l'image de la profession du médecin généraliste auprès des tiers passe, comme déjà souligné précédemment, par une redéfinition de l'échelonnement des soins, mais aussi par la diversification des activités et de nouvelles perspectives de carrière (comme par exemple, des activités de recherche, des initiatives de qualité).

12.3.5.2 *Poursuivre les efforts assurés par les autorités publiques pour une rémunération adéquate des médecins généralistes*

La rémunération du médecin généraliste est aussi souvent évoquée comme l'un des facteurs explicatifs des problèmes de recrutement et de rétention en médecine générale. Même si elle pouvait être améliorée, il faut rester attentif au fait que cela peut générer des effets pervers vis-à-vis du burnout, comme celui de stimuler les médecins à augmenter le volume de leur patientèle pour gagner plus ou à ne pas vouloir interrompre leurs activités, pour bénéficier de la formation continuée par exemple, de peur de subir une perte financière trop importante.

Les décideurs ont déjà adopté des politiques financières telles que les incitants pour exercer la médecine générale dans des zones sous-desservies, le soutien à l'organisation administrative des cabinets de groupe, le système mixte de financement qui voit se côtoyer le forfait à la capitation, le Dossier Médical Global et les paiements d'honoraires à l'acte. Outre ces initiatives qu'il convient de maintenir et de communiquer aux médecins dès l'issue de leurs études, plusieurs autres pistes d'action peuvent être envisagées pour assurer un revenu satisfaisant aux médecins généralistes :

- Une rémunération adaptée :
 - Les consultations complexes ne sont actuellement pas valorisées de manière adéquate. Il faudrait y remédier sans que cela ne se répercute sur le montant de la consultation à charge du patient, au risque que celui-ci ne se rende directement chez le spécialiste.
 - Certaines tâches ne sont actuellement pas rémunérées dans le système de paiement à l'acte. L'établissement de nouveaux codes de nomenclature couvrant ces tâches serait souhaitable. Toutefois il faudra veiller à ne pas créer un système extrêmement complexe. En se tournant vers la médecine au forfait, on évite évidemment ces types de désavantages.
- Limiter les pertes de revenus :
 - Pour favoriser la participation à des formations continues en journée, une compensation financière pour la perte de revenus subséquente pourrait être envisagée, soit par rémunération directe (cf. France) soit par un amortissement au niveau des impôts (cf. Pays-Bas).
 - Pour éviter que les médecins puissent ne pas recevoir certains honoraires parce qu'ils ne les auraient pas réclamés à temps ou à qui de droit par manque de connaissance du système, une information claire et correcte sur la diversification des mécanismes de paiement serait souhaitable.

12.3.6 *Eviter le surmenage*

12.3.6.1 *Soutenir des mesures concrètes pour permettre de diminuer la charge administrative des médecins généralistes*

Réduire le temps consacré par les médecins aux tâches administratives est considéré comme une priorité par les répondants de l'enquête Delphi et des entretiens.

Les autorités pourraient venir en aide aux médecins sur plusieurs plans :

Soutenir les médecins dans l'organisation d'un secrétariat

- La disponibilité d'un secrétariat aiderait les médecins pour la prise en charge de tâches telles que la prise de rendez-vous, le suivi des dossiers, l'archivage des documents, la commande de formulaires,... et la gestion de leur comptabilité, et ce même pour les médecins qui exercent en solo.

Simplification administrative et informatisation

- Il y a lieu de poursuivre et intensifier les efforts de simplification des démarches administratives déjà entrepris (formulaires communs requis pour les certificats, assurances, mutuelles, facturation en tiers payant...). Ainsi, les initiatives entreprises par l'INAMI en vue d'encourager le tiers-payant social doivent être soutenues.
- Il faudra aussi encore simplifier l'utilisation des technologies d'information et de communication (accès électronique aux documents administratifs ou possibilité de référer par voie électronique des patients aux spécialistes, prise de rendez-vous par voie électronique) qui peuvent alléger les tâches administratives des médecins généralistes, mais qui, de par une trop grande complexité d'usage, peuvent aussi contribuer au burnout chez les utilisateurs.

Il faut tout de même rester conscient du fait qu'en réduisant les tâches administratives, le travail des médecins risque de se concentrer exclusivement sur des tâches complexes, ce qui n'allègera pas forcément la charge de travail totale du médecin.

12.3.6.2 Elaborer une stratégie de soutien de la prise en charge des patientèles lourdes et des situations complexes

Les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à des patients présentant des problématiques complexes occasionnant une charge émotionnelle et de temps plus importante. Pour gérer au mieux ce type de patientèle, ils éprouvent le besoin de développer leurs compétences en communication, en gestion des erreurs médicales, et en accompagnement des patients psychiatriques.

- Un soutien individuel et des structures d'appui :
Une meilleure offre en termes de formation, supervision, coaching, suivi psychologique des médecins confrontés à ce type de patientèle serait une piste possible à proposer au niveau individuel.
- La mise en place d'équipes multidisciplinaires (intégrant psychologues et travailleurs sociaux) et/ou la création de réseaux locaux de médecins spécialistes, assistants sociaux et psychologues auxquels les patients peuvent être référés seraient également d'un apport précieux.
- Une rémunération adaptée :
Les patients lourds nécessitent également un temps accru pour la consultation. Le temps dévolu aux consultations complexes devrait être adéquatement rémunéré par un code de nomenclature spécifique. Ce code devrait être défini en fonction du niveau de complexité, sans pour autant recourir à la nosologie pour attribuer une étiquette précise à ces consultations.

12.3.6.3 Concevoir et mettre en place des services de garde bien organisés

L'amélioration du système de garde a été identifiée au cours du projet comme une priorité dans les actions à mettre en œuvre. Une étude KCE est actuellement en cours et le rapport, attendu pour fin 2011, formulera des recommandations concrètes à appliquer dans ce domaine.

12.3.6.4 Encourager les médecins à utiliser des techniques de gestion du stress

La manière de gérer son stress peut avoir un impact sur les différentes composantes du burnout.

Apprendre à gérer son stress

Certaines techniques de gestion du stress, de relaxation, ou de stimulation à la pleine conscience (« *Mindfulness* ») pourraient donner des pistes aux médecins généralistes pour identifier les situations de stress et y faire face, pour mobiliser adéquatement leur énergie et leurs ressources et promouvoir les pratiques qui favorisent le bien-être. Des formations de ce type sont organisées avec succès lors de séjours résidentiels d'un jour, d'un week-end ou d'une semaine dans la province canadienne d'Alberta et en Norvège.

Ces pistes d'action bien que présentées comme des pistes pertinentes dans la littérature scientifique ne semblent pas être prioritaires pour les médecins que nous avons interrogés. Les médecins généralistes pourraient être informés de l'existence des différentes techniques ou approches de gestion du stress et de l'anxiété à l'occasion de conférences ou de stands d'information tenus lors de congrès médicaux. Des ateliers spécifiquement dédiés à la santé des médecins pourraient également être proposés abordant par exemple des thèmes tels que « la fatigue en pratique médicale », « les périls du perfectionnisme », etc., comme c'est déjà le cas au Québec grâce aux initiatives du Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ).

...Dès la formation

Les médecins en formation pourraient également être invités à suivre des cours plus pratiques pour aborder les solutions qui les aideront à surmonter les difficultés éventuelles de leur pratique.

12.4 PISTES D'ACTION POUR LA PRISE EN CHARGE

En Belgique, il n'existe actuellement aucun programme spécifique pour la prise en charge du burnout des médecins généralistes. Les initiatives existantes soit ne se focalisent pas spécifiquement sur le burnout : elles couvrent la santé mentale au sens large, soit ne ciblent pas les médecins généralistes mais s'adressent à un public plus large, soit se concentrent sur la prévention.

Les répondants du Delphi ont plébiscité le recours à des structures souples d'assistance personnalisée plutôt qu'à des services spécialisés ou à d'autres dispositifs de prise en charge impliquant un séjour résidentiel (séjours résidentiels d'assistance).

Néanmoins, au vu des expériences internationales, il est recommandé que le programme qui sera finalement retenu fasse partie d'une stratégie nationale plus large, qui assure le continuum de l'intervention depuis la promotion de la santé (ciblant les problèmes systémiques et à la qualité du milieu de travail), la prévention primaire (ciblant les risques possibles de survenue des problèmes, au niveau individuel), la prévention secondaire (dépistage précoce des problèmes qui s'installent et intervention) jusqu'à la prise en charge curative (traitement de problèmes établis) et au suivi (stabilisation de l'état de la personne, abstinence de consommations de substance addictives,...), telle que proposée au Canada et en Espagne. Le programme devrait prévoir différents seuils d'accès et différents types et lieux de prise en charge dont l'existence devrait être communiquée à l'ensemble des médecins.

12.4.1 Le 1^{er} niveau, une porte d'entrée aisée et qui oriente

Un dispositif à bas seuil d'accès fait figure de porte d'entrée dans le système de soins. Au sein de ce dispositif, on retrouve plusieurs activités :

- Une activité de tri des médecins en demande : idéalement ce service devrait être disponible (p.ex. par téléphone) 24h/24, 7j/7. Les appelants sont réorientés, selon l'urgence de leur demande et la gravité de leur cas vers un conseiller ou autre dispositif de consultation et de traitement. Puisqu'il est difficile de dissocier le burnout des troubles de la personnalité, de la dépression, des autres souffrances d'ordre psychosocial, des addictions et des troubles anxieux, de l'humeur et d'adaptation, il conviendrait de prévoir l'établissement de diagnostics différentiels incluant ces différents syndromes.
- Une activité de conseil : celle-ci peut s'inscrire sur plusieurs séances, avec la possibilité de conserver le même conseiller, spécialement formé à ce type d'activité.
- Eventuellement aussi des activités d'éducation et de promotion de la santé et du bien-être au travail.

Certains programmes vont plus loin et offrent des séjours résidentiels de réflexion et de formation ou des formations à distance (Villa Sana, Norvège). Les études scientifiques conduites à moyen terme sur l'efficacité du recours à de tels programmes indiquent une réduction substantielle du stress, de l'épuisement émotionnel et du nombre de semaines en incapacité de travail des médecins et infirmières qui y ont eu recours⁴⁵.

12.4.2 Le 2^{ème} niveau, la coordination des soins

Une fois le burnout ou d'autres problèmes identifiés, des dispositifs de coordination des soins, ne délivrant eux-mêmes ni traitement ni activité spécifique de conseil, permettent de référer les médecins en souffrance vers un réseau de professionnels pour une prise en charge adaptée à la nature des problèmes identifiés. La plupart des Physician Health Programs (PHP) proposent ce type de service.

12.4.3 Le 3^{ème} niveau, le dispositif de traitement

Le dispositif de traitement comprend un réseau d'intervenants spécialisés mis en place pour prendre en charge les médecins malades. Au Royaume-Uni par exemple, le programme comporte un premier module (PHPI) dans lequel l'équipe (médecins généralistes et infirmières ayant une expertise en santé mentale et en addictions et une expérience dans la prise en charge des médecins, psychiatres, thérapeutes cognitivo-comportementalistes et médecins du travail) est formée pour proposer une psychothérapie brève et peut offrir jusqu'à 6 sessions de thérapie cognitive comportementale, de thérapie familiale et de thérapie de couple.

Si l'état du patient le requiert, il est référé à un service hospitalier, spécialisé dans la prise en charge des médecins malades. Le réseau d'intervenants spécialisés a établi des conventions avec des spécialistes de la prise en charge psychiatrique (module PHP2), mais aussi avec des centres hospitaliers existants, spécialisés dans la prise en charge curative de pathologies liées au burnout. En outre, la prise en charge est idéalement assurée par des équipes multidisciplinaires, de manière à offrir une prise en charge globale incluant les multiples aspects problématiques (médicaux, relationnels, sociaux, juridiques, financiers, continuité de la pratique,...).

12.4.4 Une filière bienveillante et protégée

L'ensemble de la filière de prise en charge depuis l'accueil jusqu'au traitement devrait être bienveillante et par conséquent protéger le médecin d'une dénonciation quelconque auprès des instances de régulation. Les dispositifs existant à l'étranger s'appuient sur l'instauration d'un contrat thérapeutique avec le médecin malade. Ce contrat stipule que le médecin s'engage à respecter le programme de traitement, moyennant quoi il bénéficie d'une immunité par rapport aux sanctions des instances de régulation. C'est pour cette raison que ces programmes sont également nommés « programmes de diversion (diversion programmes) » ou « espace sûr ou refuge (safe harbor) ». La filière thérapeutique devrait être distincte de la filière de contrôle de l'exercice professionnel, afin de ne pas décourager les médecins en souffrance à requérir de l'aide.

12.4.5 Une réinsertion professionnelle préparée

Enfin, il faudrait prévoir un programme de réinsertion professionnelle (retour à l'activité professionnelle antérieure ou réorientation) et un suivi régulier des médecins, en particulier dans le cas d'assuétudes. Le médecin pourrait participer financièrement à cette prise en charge avec un apport éventuel de l'INAMI et/ou du SPF Santé publique.

12.4.6 Vers un Programme d'Aide Intégrale

Les différents niveaux de prise en charge devraient idéalement être intégrés dans un programme de promotion de la santé, de prévention, de prise en charge et de suivi, à l'instar du Programme d'Aide Intégrale de Médecin Malade (PAIMM) mis en place en Espagne. Le PAIMM est un programme complet qui offre au médecin malade différents services : assistance médicale et sociale, support légal et assistance en matière de travail et réinsertion professionnelle.

L'assistance se réalise dans l'Unité Clinique du PAIMM ou en ambulatoire, mode de suivi préféré des médecins malades. Les professionnels de l'unité clinique de Barcelone travaillent en collaboration étroite avec les professionnels de toutes les régions d'Espagne afin d'assurer le rétablissement rapide et le retour à l'activité professionnelle du médecin malade. Le PAIMM met à disposition des médecins thérapeutes, les différents services spécialisés dont dispose le programme (hospitalisation, hôpital de jour, psychothérapies...) pour qu'ils puissent les utiliser comme complément de leur propre plan thérapeutique. L'évaluation du programme, très positive, indique un taux élevé de médecins stables ou abstinentes (98%) et de réinsertion professionnelle (80%) deux ans après la prise en charge thérapeutique.

12.5 AVANT D'AGIR : QUELQUES GRANDS PRINCIPES A GARDER EN MEMOIRE

Les pistes d'action identifiées par ce projet sont nombreuses et leur mise en œuvre dépend de différents secteurs, différents acteurs, différents moyens. Sous cette apparente diversité, se révèlent de grands principes-clés. Ce sont ces quelques grands principes qui nous permettent de clore cette étude.

Le premier est sans nul doute **l'importance de la prévention**. En effet, mieux vaut « prévenir que guérir ». D'autant plus qu'un burnout installé est difficile à guérir de manière totale et définitive.

Deuxièmement, il ne suffit pas de chercher à atténuer les facteurs négatifs qui conduisent au burnout. Il faut **renforcer et maintenir les aspects positifs de la profession** et encourager l'engagement professionnel en termes d'énergie, d'implication et d'efficacité.

Troisièmement, **les actions menées doivent relever d'une stratégie globale**, combiner des approches individuelles et organisationnelles, être réparties dans le temps et répétées ou rappelées régulièrement. Elles doivent viser également l'engagement des médecins vers des solutions, pas seulement celui des autorités publiques.

A ce titre, **trois acteurs sont incontournables** pour initier un changement : la profession médicale, les instances de régulation et les instances académiques.

- Les *associations professionnelles médicales* jouent un rôle très important dans la mise au point des programmes existants. Par exemple, en Suisse, la Loi sur les Professions Médicales du 23 juin 2006 a revu à la hausse l'importance du rôle de la Fédération des Médecins suisses (FMH) (l'association médicale nationale). Ce qui offre à cette dernière la possibilité d'œuvrer à l'amélioration de la formation des médecins et de soutenir des programmes pilotes de prise en charge des principaux problèmes de la profession. En Norvège, c'est l'Association Médicale Norvégienne qui a développé au niveau national un dispositif particulier de prise en charge de la santé des médecins dans les secteurs de la prévention primaire et secondaire.
- Les *instances de régulation* jouent un rôle variable selon les pays. Dans certains pays, une relation distante entre les organismes de régulation et les programmes de prévention/traitement mis en place est observée, limitée à l'élaboration de notes d'orientation en faveur d'une meilleure prise en charge du médecin-malade (France) ou d'un guide proposé aux médecins pour la prise en charge de leur propre santé (Canada). Dans d'autres, on observe un investissement plus important des autorités dans le développement d'un programme de prévention/traitement sur le mode de la co-régulation. Ces instances de régulation collaborent avec les associations professionnelles médicales pour maintenir un espace sûr (« safe harbor ») (Espagne, Québec, Australie). Beaucoup plus rare est le cas où une instance de régulation prend seule l'initiative du développement d'un programme. Tel est le cas en Irlande où le Collège Irlandais des Médecins Généralistes (Irish College of General Practitioners) a développé le HIPP.
- Les *instances académiques* ont un rôle essentiel à jouer à la fois dans la sélection des étudiants qu'elles opèrent, dans les valeurs qu'elles inculquent, dans les informations et outils qu'elles fournissent aux futurs diplômés et dans le contenu des formations continues qu'elles organisent.

Enfin, l'abord du médecin généraliste en burnout devrait susciter une **attitude bienveillante** à son égard, car le burnout reflète le sur-engagement du médecin envers ses patients, ses collègues et sa profession. Le médecin en burnout représente d'abord un danger pour lui-même avant de représenter un danger pour la société. Il doit donc être protégé et soutenu plutôt que dénoncé.

13 RÉFÉRENCES

1. Hansez I, Mairiaux P, Firket P, Braeckman L. Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge: rapport final. SPF Emploi; 2010.
2. Fédération des Maisons Médicales. Le burn-out: quand s'ouvrent les portes du vide... . Santé Conjugée. 2005(32).
3. Van Dierendonck D, Schaufeli WB, Sixma HJ. Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory. *Journal of Social & Clinical Psychology* Vol. 1994;13(1):86-100.
4. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Acad Psychiatry*. 2008;32(1):13-9.
5. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: Who are most at risk? *Supportive Care Cancer*. 2009;17(1):75-81.
6. Michaels RM. Physician burnout. *Pennsylvania Medicine*. 1996;99(5):18-21.
7. Rosch PJ. Dealing with physician stress. *Medical Aspects of Human Sexuality* Vol. 1987;21(4):73-93.
8. Schiedermayer DL, Tesch BJ. Primary care physician burnout: definitions, self-assessment and treatment. *Wis Med J*. 1992;91(4):179-80.
9. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374(9702):1714-21.
10. Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974(30):159-65.
11. Maslach C, Jackson SE, Hillsdale N, Erbaum. Burnout in the health professions: A social psychological analysis. G. Sanders & J. Sub (Eds.), *Social psychology of health and illness*. 1982.
12. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA*. 2009;302(12):1338-40.
13. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior* Vol. 2000;21(4):425-41.
14. Maslach C, Leiter MP. *Burn-out: le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris: Editions des Arènes; 2011.
15. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. [Burn out among French general practitioners]. *Presse Med*. 2004;33(22):1569-74.
16. Esteva M, Larraz C, Jimenez F. Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work. *Rev Clin Esp*. 2006;206(2):77-83.
17. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005;135(7-8):101-8.
18. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: An Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother. Psychosom*. 2000;69(6):329-34.
19. Izraeli DN. Burning Out in Medicine: A Comparison of Husbands and Wives in Dual-Career Couples. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1988;3(4):329-46.
20. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Med Educ*. 2000;34(6):430-6.
21. Lemkau JP, Rafferty JP, Purdy RR, Rudisill JR. Sex role stress and job burnout among family practice physicians. *Journal of Vocational Behavior* Vol. 1987;31(1):81-90.
22. Sobreques Soriano J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. Job satisfaction and burnout in general practitioners. *Aten. Prim*. 2003;31(4):227-33.
23. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25(4):245-65.
24. Dusmesnil H, Serre BS, Regi JC, Leopold Y, Verger P. Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants. *Sante Publique*. 2009;21(4):355-64.

25. McCranie EW, Brandsma JM. Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *BEHAV. MED.* 1988;14(1):30-6.
26. Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Thiebaut E, Dumartin N, Sifakis Y. Job stress, coping and burnout among French general practitioners. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée* Vol. 2000;50(3):309-14.
27. Soler JK, Yaman H, Esteva M. Burnout in European general practice and family medicine. *Social Behavior and Personality* Vol. 2007;35(8):1149-50.
28. Lemkau JP, Purdy RR, Rafferty JP, Rudisill JR. Correlates of burnout among family practice residents. *Journal of Medical Education* Vol. 1988;63(9):682-91.
29. Houkes I, Winants YH, Twellaar M. Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* Vol. 2008;81(2):249-76.
30. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Burn-out in Spanish general practitioners. *Aten. Prim.* 2005;35(2):108-9.
31. Truchot D. Career orientation and burnout in French general practitioners. *Psychological Reports* Vol. 2008;103(3):875-81.
32. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet.* 2002;359(9323):2089-90.
33. Truchot D. The burnout syndrome among GP: Influence of perceived inequity and communal orientation. *Annales Medico Psychologiques* Vol. 2009;167(6):422-8.
34. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W. Burnout contagion among general practitioners. *Journal of Social & Clinical Psychology* Vol. 2001;20(1):82-98.
35. Gorter RC, Eijkman MAJ, Hoogstraten J. A career counseling program for dentists: Effects on burnout. *Patient Educ. Couns.* 2001;43(1):23-30.
36. Felton JS. Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occup Med (Oxf).* 1998;48(4):237-50.
37. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns.* 2010;78(2):184-90.
38. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(4):CD002892.
39. van Wyk BE, Pillay-Van Wyk V. Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(3):CD003541.
40. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA.* 2009;302(12):1284-93.
41. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res.* 2006;19(2):105-9.
42. Ospina-Kammerer V, Figley CR. An evaluation of the Respiratory One Method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents. *International Journal of Emergency Mental Health.* 2003;5(1):29-32.
43. Schaufeli WB. The evaluation of a burnout workshop for community nurses. *J. HEALTH HUM. SERV. ADM.* 1995;18(1):11-30.
44. Winefield H, Farmer E, Denson L. Work stress management for women general practitioners: An evaluation. *Psychology, Health & Medicine* Vol. 1998;3(2):163-70.
45. Ro K, Gude T, Tyssen R, Aasland O. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ.* 2008;337(a2004):1-8.
46. Ro K, Gude T, Tyssen R, Aasland O. A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: One-year follow-up study. *Patient Education and Counseling.* 2010;78:191-7.
47. Fillion L, Dupuis R, Tremblay I, De Grace GR, Breitbart W. Enhancing meaning in palliative care practice: a meaning-centered intervention to promote job satisfaction. *Palliat Support Care.* 2006;4(4):333-44.
48. Bolle JL. Supporting the deliverers of care: strategies to support nurses and prevent burnout. *Nurs Clin North Am.* 1988;23(4):843-50.

49. Merlino JP. Support groups for professional caregivers: a role for the contemporary psychoanalyst. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 1997;25(1):111-22.
50. Wardle MG, Gloss DS, Boutin C. Stress and the caregiver. *Nursingconnections*. 1999;12(3):35-9.
51. Roberts G. Prevention of burn-out. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1997;3:282-9.
52. Stevens WD. Burnout: signs, symptoms, causes, and cures. *J Dent Pract Adm*. 1984;1(2):64-8.
53. Sutherland V, Cooper C. Identifying distress among general practitioners: Predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Social Science & Medicine Vol*. 1993;37(5):575-81.
54. Myerson S. Doctors' methods of dealing with 'on going' stress in general practice. *Medical Science Research Vol*. 1991;19(9):267-9.
55. Pennachio DL. Burnout. Are you at risk? Did you just yell at that patient? Slam that Door? Step back--you may be on a slippery slope toward burnout. We can help. *Med Econ*. 2005;82(9):78-82.
56. Schattner P. Stress in general practice. How can GPs cope? *Aust Fam Physician*. 1998;27(11):993-8.
57. Patrick PK. Hospice caregiving: Strategies to avoid burnout and maintain self-preservation. *Hospice Journal Vol*. 1987;3(2-3):223-53.
58. Rokach A. Caring for those who care for the dying: coping with the demands on palliative care workers. *Palliat Support Care*. 2005;3(4):325-32.
59. Ratliff N. Stress and Burnout in the Helping Professions. *Social Casework*. 1988;69(3):147-54.
60. Wells-Federman CL. Awakening the nurse healer within. *Holist Nurs Pract*. 1996;10(2):13-29.
61. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Aust Fam Physician*. 2005;34(6):497-8.
62. Kjeldmand D, Holmstrom I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med*. 2008;6(2):138-45.
63. De Valck M, Oostrom C. Burnout in the medical profession. *occupational health at work*. 2007;3(6):1-5.
64. Ospina-Kammerer V, Dixon DR. Coping with Burnout: Family Physicians and Family Social Workers -- What Do They Have in Common? *Journal of Family Social Work*. 2001;5(4):85-93.
65. Sydenham G. Idealism to burnout: Bridging the gap. *PHYSIOTHER. CAN*. 1990;42(5):223-9.
66. Spickard A, Jr., Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*. 2002;288(12):1447-50.
67. Bittman B, Bruhn KT, Stevens C, Westengard J, Umbach PO. Recreational music-making: a cost-effective group interdisciplinary strategy for reducing burnout and improving mood states in long-term care workers. *Adv Mind Body Med*. 2003;19(3-4):4-15.
68. Peisah C, Adler R, Williams B. Australian pathways and solutions for dealing with older impaired doctors: a prevention model. *Internal Medicine Journal*. 2007;37:826-31.
69. Mingote Adan JC, Moreno Jimenez B, Galvez Herrer M. Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(7):265-70.
70. Paquet M. Prevention for Caregivers of Dependent Elderly Persons: What Prevention? *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*. 1995;12(1):45-71.
71. Rout U. Gender differences in stress, satisfaction and mental wellbeing among general practitioners in England. *Psychology, Health & Medicine Vol*. 1999;4(4):345-54.
72. Holt J, Mar CD. Reducing occupational psychological distress: A randomized controlled trial of a mailed intervention. *Health Education Research Vol*. 2006;21(4):501-7.
73. Pipe TB, Bortz JJ, Dueck A, Pendergast D, Buchda V, Summers J. Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: a randomized controlled trial. *J Nurs Adm*. 2009;39(3):130-7.
74. O'Connor DB, O'Connor RC, White BL, Bundred PE. The effect of job strain on British general practitioners' mental health. *Journal of Mental Health Vol*. 2000;9(6):637-54.
75. Schattner P, Davidson S, Serry N. Doctors' health and wellbeing: taking up the challenge in Australia. *Medical Journal of Australia*. 2004;181(7):348-9.

76. Soderfeldt M, Soderfeldt B, Warg L-E. Burnout in Social Work. *Social Work*. 1995;40(5):638-46.
77. Spurgeon P, Barwell F, Maxwell R. Types of work stress and implications for the role of general practitioners. *Health Serv Manage Res*. 1995;8(3):186-97.
78. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health*. 2008;34(3):169-78.
79. Winefield H, Murrell T, Clifford J. Sources of occupational stress for Australian GPs, and their implications for postgraduate training. *Family Practice Vol*. 1994;11(4):413-7.
80. Palhares-Alves HN, Laranjeira R, Nogueira-Martins LA. A pioneering experience in Brazil: The creation of a support network for alcohol and drug dependent physicians. A preliminary report. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2007;29(3):258-61.
81. Brewster JM. Doctors' health. *BMJ*. 2008;337:a2161.
82. Brown RL, Schneidman BS. Physicians' health programs--what's happening in the USA? *Medical Journal of Australia*. 2004;181(7):390-1.
83. AMA. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA*. 1973;223(6):684-7.
84. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Industrial Health*. 2007;45:599-610.
85. FSPHP Federation of Physician Health Programs: history [Federation of Physician Health Programs;2010.
86. FSPHP. Physician Health Program Guidelines. Chicago: Federation of State Physician Health Program Inc.; 2005 December.
87. Angres DH, McGovern MP, Shaw MF, Rawal P. Psychiatric comorbidity and physicians with substance use disorders: a comparison between the 1980s and 1990s. *Journal of Addictive Diseases*. 2003;22(3):79-87.
88. Sanchez LT. US Physician Health Programs presentation. In: *Doctors' Health Matters:finding the balance*. London; 2008.
89. Public policy statement: physician illness vs. impairment, 2008.
90. FEAM. Déclaration sur le syndrome de surmenage professionnel chez les médecins. In: *Proceedings of Forum européen des associations de médecins et de l'OMS*; 2003 7-9 février; Berlin.
91. Ro K, Gude T, Aasland O. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. *BMC Public Health*. 2007;7(36):1-8.
92. Samitca S, Geense R, Huissoud T, Morency P, Benninghoff F, F D-A. Evaluation de deux structures a bas seuil de la ville de Lausanne : Le Passage et Le Point d'eau. *Raisons de santé*. 2001;62.
93. Kaufmann IM. Les programmes de santé des médecins: un aperçu. In: *Canadienne AM, editor. Guide de l'AMC sur la santé et le mieux-être des médecins*; 2002. p. 16-7.
94. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ*. 2008;337:a2038.
95. Gendel MH. Evolution of Physician Health Programs in the United States. In: *International Conference on Physician Health. Doctor's health matters:finding the balance*. London; 2008.
96. Burton J. WHO Healthy Workplace. Framework and Model: Background and supporting literature and practice. WHO; 2010.
97. Marshall EJ. Doctors' health and fitness to practise: treating addicted doctors. *Occup Med (Lond)*. 2008;58(5):334-40.
98. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *British Journal of General Practice*. 2008;58(552):501-8.
99. CMA. *Physician Health Matters: A mental health strategy for physicians in Canada*. 2010.
100. CMA. *Physician health becomes a global movement*. London: Canadian Medical Association; 2009 17-19 November. A report from the 2008 International Conference on Physician Health. *Doctor's health matters:finding the balance*

101. Maier D. Patterns of Physician Health: a physician health program utilizing occupational health principles. In: *Doctors' health matters: finding the balance*. London: American Medical Association, Canadian Medical Association, British Medical Association; 2009.
102. Magnan A. The Quebec Physician's Health Program: how data research can help to understand the phenomenon of physician' distress. In: *Doctors' health matters: finding the balance*. London: American Medical Association, Canadian Medical Association, British Medical Association; 2009.
103. Rich P. A report from the 2004 International Conference on Physician Health: Creating a healthy culture in medicine. 2004.
104. Leriche B. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008. Commission nationale permanente du Conseil national de l'Ordre des médecins (France); 2008 28 juin.
105. Puddester DG, Flynn L, Cohen J, editors. *CanMEDS Physician Health Guide: A practical Handbook for Physician Health and Well-being*. Ottawa; 2009.
106. Rochfort A. A healthcare programme for General Practitioners and their families in Ireland. ICGP Health in Practice. In: *Doctors' health matters: finding the balance*. London: American Medical Association, Canadian Medical Association, British Medical Association; 2009.
107. DuPont RL, McLellan AT, Carr G, Gendel M, Skipper GE. How are addicted physicians treated? A national survey of Physician Health Programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009;37(1):1-7.
108. DuPont RL, Skipper GE. Correspondence: what about physician health programs? *The New Republic* 2009 January 8.
109. Brewster JM, Kaufmann IM, Hutchison S, MacWilliam C. Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study. *BMJ*. 2008;337:a2098.
110. Brewster JM, Hutchison S, Kaufmann IM. Guide for common indicators for canadian physician health programs: final report. 2005.
111. Clode D. *The Conspiracy of Silence: Emotional health among medical practitioners*. South Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners; 2004.
112. Warhaft N. The Victorian Doctors Health Program: the first 3 years. *MJA*. 2004;181:376-9.
113. Oxley JR. Services for sick doctors in the UK. *Medical Journal of Australia*. 2004;181(7):388-9.
114. DH. Good doctors, safer patients: Proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patients. Department of Health; 2006 14 july.
115. Puddester DG. Canada responds: an explosion in doctors' health awareness, promotion and intervention. *Medical Journal of Australia*. 2004;181(7):386-7.
116. Association médicale canadienne. *La santé des médecins, ça compte - Une Stratégie sur la santé mentale pour les médecins au Canada*. Association Médicale Canadienne/Canadian Medical Association; 2010.
117. CNPQ-NRKP. Rapport du groupe de travail sur la santé du médecin. In: INAMI; 2008.
118. Peters S, Mesters P. *Le burn-out: comprendre et vaincre l'épuisement professionnel*. Marabout ed. Paris; 2009.
119. Delbrouck M, editor. *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*. 2nd ed. Bruxelles: De Boeck; 2009.
120. Bovier P, Bouvier Gallachi M, Goehring C, Künzi B. Santé des médecins de premier recours en Suisse. *PrimaryCare*. 2004;4(47):941-7.
121. Boydens E. Artsen zonder zorgen of zonder zelfzorg? de Huisarts 2007 18/10/2007.
122. Verrijken G. Naar een belgisch burn-out netwerk. de Huisarts 2007 13/12/2007.
123. Goorden T. Dokters, de slechts denkbare patiënten. *Medi-Sfeer* 2010 18/02/2010.
124. J.M. Geld voor burn-out instituut is er. de Huisarts 2007 13/12/2007.
125. Lefebvre L, Eeckeleers P. Et la santé du généraliste? *La Revue de la Médecine Générale* 2008 mars 2008.
126. Selleslagh P. Naar een SOS-lijn voor hulpbehoevende artsen? *Artsenkrant* 2010 26/03/2010.

127. Fonds Julie Renson. Mémento de la Santé Mentale 2010. Liste de services pour enfants, adolescents, adultes et seniors. Fonds Julie Renson; 2010.
128. Verrijken G. Burn-out aanpakken in zes sessies. de Huisarts 2008 07/02/2008.
129. Belzile F, Lajoie J-Y, Urli B. Modèle interactif pour le pilotage des études de faisabilité de projets industriels 1995.
130. Blenkinsopp A, Tann J, Platts A, Allen J. Evaluation of feasibility and acceptability of community pharmacy health promotion scheme – views of users and providers. *Health Educ J* 2002;61:52-69.
131. ADEM. Évaluation en santé publique. 1996. Actualité et dossier en santé publique n°17 Available from: <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-17/ad173640.pdf>
132. Bakker A, Schaufeli W, Demerouti E, Janssen P, Van der Hulst R, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping* 2000;13:247 -68.
133. Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression : a confirmatory factor analytic study. *Anxiety Stress Coping* 1994;7:357-73.
134. Firth-Cozens J. Predicting stress in general practitioner : 10 year follow up postal survey. *BMJ*. 1997;315 34-5.
135. Service Public Fédéral Emploi Travail et Concertation sociale. Conseiller en prévention [[cited 11/08/2011]. Available from: http://www.emploi.belgique.be/detailA_Z.aspx?id=934
136. Galam E. Burn out des médecins libéraux-Ière partie: une pathologie de la relation d'aide. *Médecine*. 2007;3(9):419-21.
137. Galam E. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. *Médecine*. 2007;3(10):474-7.
138. Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al. Médecine générale : comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession? Brussels: KCE 2008. KCE report 90B (D/2008/10.273/64) Available from: <http://kce.fgov.be/Download.aspx?ID=1268>

This page is left intentionally blank.

KCE reports

1. Efficacité et rentabilité des thérapies de sevrage tabagique. D/2004/10.273/2.
2. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale (Phase I). D/2004/10.273/4.
3. Utilisation des antibiotiques en milieu hospitalier dans le cas de la pyélonéphrite aiguë. D/2004/10.273/6.
4. Leucoréduction. Une mesure envisageable dans le cadre de la politique nationale de sécurité des transfusions sanguines. D/2004/10.273/8.
5. Evaluation des risques préopératoires. D/2004/10.273/10.
6. Recommandation nationale relative aux soins prénatals: Une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses. D/2004/10.273/14.
7. Validation du rapport de la Commission d'examen du sous financement des hôpitaux. D/2004/10.273/12.
8. Systèmes de financement des médicaments hospitaliers: étude descriptive de certains pays européens et du Canada. D/2004/10.273/16.
9. Feedback: évaluation de l'impact et des barrières à l'implémentation – Rapport de recherche: partie I. D/2005/10.273/02.
10. Le coût des prothèses dentaires. D/2005/10.273/04.
11. Dépistage du cancer du sein. D/2005/10.273/06.
12. Etude d'une méthode de financement alternative pour le sang et les dérivés sanguins labiles dans les hôpitaux. D/2005/10.273/08.
13. Traitement endovasculaire de la sténose carotidienne. D/2005/10.273/10.
14. Variations des pratiques médicales hospitalières en cas d'infarctus aigu du myocarde en Belgique. D/2005/10.273/12
15. Evolution des dépenses de santé. D/2005/10.273/14.
16. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale. Phase II : développement d'un modèle actuariel et premières estimations. D/2005/10.273/16.
17. Evaluation des montants de référence. D/2005/10.273/18.
18. Utilisation des itinéraires cliniques et guides de bonne pratique afin de déterminer de manière prospective les honoraires des médecins hospitaliers: plus facile à dire qu'à faire.. D/2005/10.273/20
19. Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences. D/2005/10.273/22.
20. HTA Diagnostic Moléculaire en Belgique. D/2005/10.273/24, D/2005/10.273/26.
21. HTA Matériel de Stomie en Belgique. D/2005/10.273.28.
22. HTA Tomographie par Emission de Positrons en Belgique. D/2005/10.273/30.
23. HTA Le traitement électif endovasculaire de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA). D/2005/10.273.33.
24. L'emploi des peptides natriurétiques dans l'approche diagnostique des patients présentant une suspicion de décompensation cardiaque. D/2005/10.273.35
25. Endoscopie par capsule. D2006/10.273.02.
26. Aspects médico-légaux des recommandations de bonne pratique médicale. D2006/10.273/06.
27. Qualité et organisation des soins du diabète de type 2. D2006/10.273/08.
28. Recommandations provisoires pour les évaluations pharmacoéconomiques en Belgique. D2006/10.273/11.
29. Recommandations nationales Collège d'oncologie : A. cadre général pour un manuel d'oncologie B. base scientifique pour itinéraires cliniques de diagnostic et traitement, cancer colorectal et cancer du testicule. D2006/10.273/13.
30. Inventaire des bases de données de soins de santé. D2006/10.273/15.
31. Health Technology Assessment : l'antigène prostatique spécifique (PSA) dans le dépistage du cancer de la prostate. D2006/10.273/18.
32. Feedback: évaluation de l'impact et des barrières à l'implémentation - Rapport de recherche: partie II. D2006/10.273/20.
33. Effets et coûts de la vaccination des enfants Belges au moyen du vaccin conjugué antipneumococcique. D2006/10.273/22.
34. Trastuzumab pour les stades précoces du cancer du sein. D2006/10.273/24.

35. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale – Phase III : affinement des estimations. D/2006/10.273/27.
36. Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité. Prise en charge résidentielle des enfants sévèrement obèses en Belgique. D/2006/10.273/29.
37. Health Technology Assessment Imagerie par Résonance Magnétique. D/2006/10.273/33.
38. Dépistage du cancer du col de l'utérus et recherche du Papillomavirus humain (HPV). D/2006/10.273/36
39. Evaluation rapide de technologies émergentes s'appliquant à la colonne vertébrale : remplacement de disque intervertébral et vertébro/cyphoplastie par ballonnet. D/2006/10.273/39.
40. Etat fonctionnel du patient: un instrument potentiel pour le remboursement de la kinésithérapie en Belgique? D/2006/10.273/41.
41. Indicateurs de qualité cliniques. D/2006/10.273/44.
42. Etude des disparités de la chirurgie élektive en Belgique. D/2006/10.273/46.
43. Mise à jour de recommandations de bonne pratique existantes. D/2006/10.273/49.
44. Procédure d'évaluation des dispositifs médicaux émergents. D/2006/10.273/51.
45. HTA Dépistage du Cancer Colorectal : état des lieux scientifique et impact budgétaire pour la Belgique. D/2006/10.273/54.
46. Health Technology Assessment. Polysomnographie et monitoring à domicile des nourrissons en prévention de la mort subite. D/2006/10.273/60.
47. L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins Belges. D/2006/10.273/62
48. Lombalgie chronique. D/2006/10.273/64.
49. Médicaments antiviraux en cas de grippe saisonnière et pandémique. Revue de littérature et recommandations de bonne pratique. D/2006/10.273/66.
50. Contributions personnelles en matière de soins de santé en Belgique. L'impact des suppléments. D/2006/10.273/69.
51. Besoin de soins chroniques des personnes âgées de 18 à 65 ans et atteintes de lésions cérébrales acquises. D/2007/10.273/02.
52. Rapid Assessment: Prévention cardiovasculaire primaire dans la pratique du médecin généraliste en Belgique. D/2007/10.273/04.
53. Financement des soins Infirmiers Hospitaliers. D/2007/10 273/06
54. Vaccination des nourrissons contre le rotavirus en Belgique. Analyse coût-efficacité
55. Valeur en termes de données probantes des informations écrites de l'industrie pharmaceutique destinées aux médecins généralistes. D/2007/10.273/13
56. Matériel orthopédique en Belgique: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/15.
57. Organisation et Financement de la Réadaptation Locomotrice et Neurologique en Belgique D/2007/10.273/19
58. Le Défibrillateur Cardiaque Implantable.: un rapport d'évaluation de technologie de santé D/2007/10.273/22
59. Analyse de biologie clinique en médecine général. D/2007/10.273/25
60. Tests de la fonction pulmonaire chez l'adulte. D/2007/10.273/28
61. Traitement de plaies par pression négative: une évaluation rapide. D/2007/10.273/31
62. Radiothérapie Conformationnelle avec Modulation d'intensité (IMRT). D/2007/10.273/33.
63. Support scientifique du Collège d'Oncologie: un guideline pour la prise en charge du cancer du sein. D/2007/10.273/36.
64. Vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus en Belgique: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/42.
65. Organisation et financement du diagnostic génétique en Belgique. D/2007/10.273/45.
66. Drug Eluting Stents en Belgique: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/48.
67. Hadronthérapie. D/2007/10.273/51.
68. Indemnisation des dommages résultant de soins de santé - Phase IV : Clé de répartition entre le Fonds et les assureurs. D/2007/10.273/53.
69. Assurance de Qualité pour le cancer du rectum – Phase I: Recommandation de bonne pratique pour la prise en charge du cancer rectal D/2007/10.273/55
70. Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe. D/2008/10.273/02
71. Recommandation de bonne pratique clinique pour cinq tests ophtalmiques. D/2008/10.273/05
72. L'offre de médecins en Belgique. Situation actuelle et défis. D/2008/10.273/08

73. Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique : Définition et évaluation du patient gériatrique, fonction de liaison et évaluation d'un instrument pour un financement approprié. D/2008/10.273/12
74. Oxygénothérapie Hyperbare: Rapid Assessment. D/2008/10.273/14.
75. Guideline pour la prise en charge du cancer oesophagien et gastrique: éléments scientifiques à destination du Collège d'Oncologie. D/2008/10.273/17.
76. Promotion de la qualité de la médecine générale en Belgique: status quo ou quo vadis ? D/2008/10.273/19.
77. Orthodontie chez les enfants et adolescents D/2008/10.273/21
78. Recommandations pour les évaluations pharmacoéconomiques en Belgique. D/2008/10.273/24.
79. Remboursement des radioisotopes en Belgique. D/2008/10.273/27.
80. Évaluation des effets du maximum à facturer sur la consommation et l'accessibilité financière des soins de santé. D/2008/10.273/36.
81. Assurance de qualité pour le cancer rectal – phase 2: développement et test d'un ensemble d'indicateurs de qualité. D/2008/10.273/39
82. Angiographie coronaire par tomодensitométrie 64-détecteurs chez les patients suspects de maladie coronarienne. D/2008/10.273/41
83. Comparaison internationale des règles de remboursement et aspects légaux de la chirurgie plastique D/2008/10.273/44
84. Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T. D/2008/10.273/47
85. Comparaison de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. D/2008/10.273/50.
86. Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers :possibilités et limites D/2008/10.273/53
87. Consommation de kinésithérapie et de médecine physique et de réadaptation en Belgique. D/2008/10.273/55
88. Syndrome de Fatigue Chronique : diagnostic, traitement et organisation des soins. D/2008/10.273/59.
89. Evaluation des certains nouveaux traitements du cancer de la prostate et de l'hypertrophie bénigne de la prostate. D/2008/10.273/62
90. Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ? D/2008/10.273/64.
91. Appareils auditifs en Belgique: health technology assessment. D/2008/10.273/68
92. Les infections nosocomiales en Belgique : Volet I, Etude Nationale de Prévalence. D/2008/10.273/71.
93. Détection des événements indésirables dans les bases de données administratives. D/2008/10.273/74.
94. Soins maternels intensifs (Maternal Intensive Care) en Belgique. D/2008/10.273/78.
95. Implantation percutanée des valvules cardiaques dans le cas de maladies valvulaires congénitales et dégénératives: A rapid Health Technology Assessment. D/2007/10.273/80.
96. Construction d'un index médical pour les contrats privés d'assurance maladie. D/2008/10.273/83.
97. Centres de réadaptation ORL/PSY : groupes cibles, preuves scientifiques et organisation des soins. D/2009/10.273/85.
98. Évaluation de programmes de vaccination généraux et ciblés contre l'hépatite A en Belgique. D/2008/10.273/89.
99. Financement de l'hôpital de jour gériatrique. D/2008/10.273/91.
100. Valeurs seuils pour le rapport coût-efficacité en soins de santé. D/2008/10.273/95.
101. Enregistrement vidéo des interventions chirurgicales par endoscopie : une évaluation rapide. D/2008/10.273/98.
102. Les infections nosocomiales en Belgique: Volet II: Impact sur la mortalité et sur les coûts. D/2009/10.273/100.
103. Réformes dans l'organisation des soins de santé mentale : étude d'évaluation des 'projets thérapeutiques' - 1er rapport intermédiaire. D/2009/10.273/05.
104. Chirurgie assistée par robot: health technology assessment. D/2009/10.273/08
105. Soutien scientifique au Collège d'Oncologie: recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge du cancer du pancréas. D/2009/10.273/11
106. Imagerie par résonance magnétique : analyse de coûts. D/2009/10.273/15
107. Indemnisation des dommages résultant de soins de santé. Phase V: impact budgétaire de la transposition du système français en Belgique. D/2009/10.273/17

108. Le Tiotropium dans le traitement des BronchoPneumopathies Chroniques Obstructives: Health Technology Assessment. D/2009/10.273/19
109. A propos de la valeur de l'EEG et des potentiels évoqués dans la pratique clinique. D/2009/10.273/22
110. La tomographie par émission de positrons en Belgique: une mise à jour. D/2009/10.273/25
111. Interventions pharmaceutiques et non pharmaceutiques dans la maladie d'Alzheimer : une évaluation rapide. D/2009/10.273/28
112. Politiques relatives aux maladies orphelines et aux médicaments orphelins. D/2009/10.273/31
113. Le volume des interventions chirurgicales et son impact sur le résultat : étude de faisabilité basée sur des données belges. D/2009/10.273/34.
114. Valves endobronchiales dans le traitement de l'emphysème pulmonaire avancé: un rapid Health Technology Assessment. D/2009/10.273/38
115. Organisation des soins palliatifs en Belgique. D/2009/10.273/41
116. Evaluation rapide des implants inter-épineux et des vis pédiculaires pour la stabilisation dynamique de la colonne vertébrale lombaire. D/2009/10.273/45
117. Utilisation des coagulomètres portables chez les patients sous anticoagulants oraux: Health technology Assesment. D/2009/10.273/48.
118. Avantages, désavantages et faisabilité de l'introduction de programmes "P4Q" en Belgique. D/2009/10.273/51.
119. Douleur cervicales atypiques: diagnostic et traitement. D/2009/10.273/55.
120. Comment assurer l'autosuffisance de la Belgique en dérivés stables du plasma? D/2009/10.273/58.
121. Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement « all-in » par pathologie. D/2010/10.273/02
122. Le financement des soins infirmiers à domicile en Belgique. D/2010/10.273/06
123. Réformes dans l'organisation des soins de santé mentale: etude d'évaluation des 'projets thérapeutiques' – 2ème rapport intermédiaire. D/2010/10.273/09
124. Organisation et financement de la dialyse chronique en Belgique. D/2010/10.273/12
125. Impact du visiteur médical indépendant sur la pratique des médecins de première ligne. D/2010/10.273/15
126. Le système du prix de référence et les différences socio-économiques dans l'utilisation des médicaments moins onéreux. D/2010/10.273/19.
127. Rapport coût-efficacité du traitement antiviral de l'hépatite B chronique en Belgique. Partie I: Examen de la littérature et résultats d'une étude nationale. D/2010/10.273/23.
128. Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. D/2010/10.273/26
129. Dépistage du cancer du sein entre 40 et 49 ans. D/2010/10.273/29.
130. Critères de qualité pour les lieux de stage des candidats-médecins généralistes et candidats-spécialistes. D/2010/10.273/34.
131. Continuité du traitement médicamenteux entre hôpital et domicile. D/2010/10.273/38.
132. Faut-il un dépistage néonatal de la mucoviscidose en Belgique? D/2010/10.273/42.
133. Optimisation du fonctionnement du Fonds Spécial de Solidarité. D/2010/10.273/45.
134. Indemnisation des victimes transfusionnelles du virus de l'hépatite C ou du VIH. D/2010/10.273/48.
135. L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents. D/2010/10.273/50.
136. Surveillance à distance des patients porteurs de défibrillateurs implantés. Evaluation de la technologie et cadre réglementaire général. D/2010/10.273/54.
137. La stimulation cardiaque chez les patients bradycardes en Belgique. D/2010/10.273/57.
138. Le système de santé belge en 2010. D/2010/10.273/60.
139. Recommandations de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. D/2010/10.273/63
140. Rééducation cardiaque: efficacité clinique et utilisation en Belgique. D/2010/10.273/66.
141. Les statines en Belgique: évolutions de l'utilisation et impact des politiques de remboursement. D/2010/10.273/70.
142. Soutien scientifique au Collège d'Oncologie: mise à jour des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge du cancer du testicule. D/2010/10.273/73.
143. Soutien scientifique au Collège d'Oncologie: mise à jour des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge du cancer du sein. D/2010/10.273/76.
144. Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Y a-t-il des données probantes? D/2010/10.273/79.

145. Thérapie de resynchronisation cardiaque. Un rapport d'évaluation de technologie de santé. D/2010/10.273/83
146. Réformes dans l'organisation des soins de santé mentale : étude d'évaluation des 'projets thérapeutiques'. D/2010/10.273/86
147. Les systèmes de remboursement des médicaments: comparaison internationale et recommandations aux décideurs. D/2010/10.273/89
148. Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique. D/2010/10.273/92
149. Indicateurs de qualité en oncologie : cancer du testicule. D/2010/10.273/97
150. Indicateurs de qualité en oncologie: Cancer du sein. D/2010/10.273/100
151. Rapport coût-utilité de la vaccination contre la varicelle chez les enfants, et de la vaccination contre le zona chez les adultes en Belgique. D/2010/10.273/103.
152. Indicateurs de qualité en oncologie: Pré-requis pour l'élaboration d'un système de qualité. D/2011/10.273/02.
153. Etat des lieux de l'acupuncture en Belgique. D/2011/10.273/05.
154. Etat des lieux de l'homéopathie en Belgique. D/2011/10.273/13.
155. Rapport coût-efficacité des vaccins antipneumococques conjugués 10-valent et 13-valent chez l'enfant. D/2011/10.273/20.
156. L'oxygénothérapie à domicile. D/2011/10.273/24.
157. Evaluation économique du traitement antiviral de l'hépatite B chronique en Belgique – Tome 2. D/2011/10.273/28.
158. Evaluation clinique des dispositifs médicaux innovants à haut risque avant leur mise sur le marché. D/2011/10.273/30.
159. Prévention médicamenteuse des fractures ostéoporotiques. D/2011/10.273/33.
160. Démence: quelles interventions non pharmacologiques ? D/2011/10.273/36.
161. Assurance de qualité pour le cancer rectal - phase 3: méthodes statistiques visant à comparer les centres sur base d'un ensemble d'indicateurs de qualité. D/2011/10.273/39.
162. Vaccination contre la grippe saisonnière: groupes cibles prioritaires – partie I. D/2011/10.273/44.
163. L'implantation percutanée de valves aortiques (TAVI): évaluation actualisée de la technologie. D/2011/10.273/47.
164. Diagnostic et traitement des varices des membres inférieurs. D/2011/10.273/51
165. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. D/2011/10.273/54.

