

Synthèse du rapport I 65B

Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge

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

Synthèse générale

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS	2
1 CONTEXTE ET METHODES	4
1.1 LE BURNOUT : UNE MENACE POUR LES MEDECINS GENERALISTES ET POUR LA SANTE PUBLIQUE.....	4
1.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE	4
1.3 QU'EST-CE QUE LE BURNOUT ?.....	5
1.4 COMMENT LE KCE A-T-IL ABORDE LA PROBLEMATIQUE ?.....	5
2 QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS AU BURNOUT CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ?	8
3 PISTES D'ACTION POUR LA PRÉVENTION	9
3.1 DESAMORCER LES CONFLITS DE VALEURS	10
3.2 EQUILIBRER LES OBLIGATIONS ET PROTECTIONS PROFESSIONNELLES.....	10
3.2.1 Organiser un service de santé pour les médecins généralistes.....	10
3.2.2 Améliorer les protections sociales des médecins généralistes.....	11
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 12	
3.3.2 Poursuivre les initiatives des autorités belges concernant l'encouragement à la pratique de groupe et à la pratique en réseau	12
3.4 PALLIER LE MANQUE DE CONTROLE DU MEDECIN GENERALISTE SUR SON ACTIVITE PROFESSIONNELLE	13
3.4.1 Soutenir les médecins généralistes dans la gestion du temps et des priorités.....	13
3.4.2 Sensibiliser les patients afin que leurs attentes soient plus réalistes	14
3.5 PALLIER LE MANQUE DE RECONNAISSANCE DE LA MEDECINE GENERALE	15
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 15	
3.5.2 Poursuivre les efforts assurés par les autorités publiques pour une rémunération adéquate des médecins généralistes	15
3.6 EVITER LE SURMENAGE.....	16
3.6.1 Soutenir des mesures concrètes pour permettre de diminuer la charge administrative des médecins généralistes	16
3.6.2 Elaborer une stratégie de soutien de la prise en charge des patientèles lourdes et des situations complexes	17
3.6.3 Concevoir et mettre en place des services de garde bien organisés.....	17
3.6.4 Encourager les médecins à utiliser des techniques de gestion du stress.....	17
4 PISTES D'ACTION POUR LA PRISE EN CHARGE	18
4.1 LE 1 ^{ER} NIVEAU, UNE PORTE D'ENTREE AISEE ET QUI ORIENTE.....	18
4.2 LE 2 ^{EME} NIVEAU, LA COORDINATION DES SOINS.....	18
4.3 LE 3 ^{EME} NIVEAU, LE DISPOSITIF DE TRAITEMENT	19
4.4 UNE FILIERE BIENVEILLANTE ET PROTEGEE.....	19
4.5 UNE REINSERTION PROFESSIONNELLE PREPAREE	19
4.6 VERS UN PROGRAMME D'AIDE INTEGRALE	19
5 AVANT D'AGIR: QUELQUES GRANDS PRINCIPES À GARDER EN MÉMOIRE 20	
6 RÉFÉRENCES	21

LISTE DES ABREVIATIONS

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'Études 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

Synthèse générale: une approche globale pour favoriser un engagement professionnel équilibré

I CONTEXTE ET METHODES

I.1 LE BURNOUT : UNE MENACE POUR LES MEDECINS GENERALISTES ET POUR LA SANTE 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 supplémentaire¹⁻³. 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 Belgique⁴. La "Fédération des maisons médicales" estimait en 2005 que 10% des médecins généralistes étaient en burnout¹.

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.

I.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE

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.

I.3 QU'EST-CE QUE LE BURNOUT ?

Le burnout est un concept introduit pour la première fois en 1974 par Freudenberg⁵. 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 al⁶. 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 numéros⁷ ;
- **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 valeur⁷.

I.4 COMMENT LE KCE A-T-IL ABORDE LA PROBLEMATIQUE ?

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:

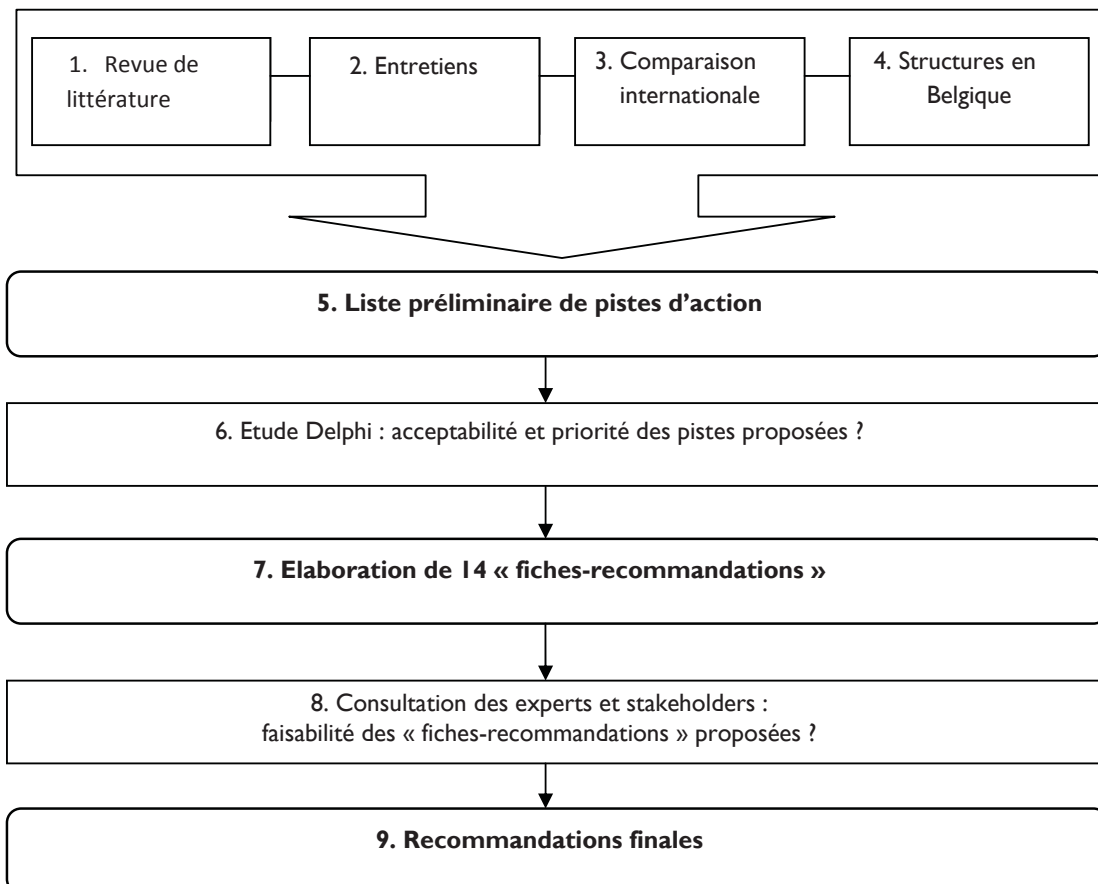
1. Pour répertorier les facteurs associés au burnout des médecins généralistes ainsi que pour identifier les interventions de prévention ou de prise en charge du burnout qui ont fait l'objet d'une évaluation, nous avons réalisé une **revue systématique de la littérature scientifique** indexée ;
2. Pour 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 1. 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.

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 burnout⁸:

- 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.

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 Leiter⁹ 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 1. 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 X

3.1 DESAMORCER 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.

3.2 EQUILIBRER LES OBLIGATIONS ET PROTECTIONS PROFESSIONNELLES

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.

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.

3.3 PALLIER LE MANQUE DE SUPPORT CONFRATERNEL

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.

3.3.1.1 *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.

3.3.1.2 *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.

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'¹⁰ 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.

3.3.2.1 *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).

3.3.2.2 *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.

3.3.2.3 *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.

3.4 PALLIER LE MANQUE DE CONTROLE DU MEDECIN GENERALISTE SUR SON ACTIVITE PROFESSIONNELLE

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.

3.4.1.1 *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.

3.4.1.2 *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 minimes - et qu'ils peuvent par ailleurs introduire une discrimination pour les personnes à revenu faible.

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.

3.5 PALLIER LE MANQUE DE RECONNAISSANCE DE LA MEDECINE GENERALE

La perception négative du statut de la profession de médecin généraliste, liée notamment à sa place dans le système des soins de santé¹⁰, 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.

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.

3.5.1.1 *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 2008¹⁰. 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.

3.5.1.2 *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.

3.5.1.3 *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).

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.

3.6 EVITER LE SURMENAGE

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 :

3.6.1.1 *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.

3.6.1.2 *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.

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.

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.

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.

3.6.4.1 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).

3.6.4.2 ...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.

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.

4.1 LE 1^{ER} NIVEAU, UNE PORTE D'ENTREE AISEE 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 recours¹¹.

4.2 LE 2^{EME} 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.

4.3 LE 3^{EME} 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 (PHP1) 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,...).

4.4 UNE FILIERE BIENVEILLANTE ET PROTEGEE

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.

4.5 UNE REINSERTION PROFESSIONNELLE PREPAREE

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.

4.6 VERS UN PROGRAMME D'AIDE INTEGRALE

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 abstinents (98%) et de réinsertion professionnelle (80%) deux ans après la prise en charge thérapeutique.

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.

6 REFERENCES

1. Fédération des Maisons Médicales. Le burn-out: quand s'ouvrent les portes du vide... . Santé Conjuguée. 2005(32).
2. Galam E. Burn out des médecins libéraux-Ière partie: une pathologie de la relation d'aide. Médecine. 2007;3(9):419-21.
3. Galam E. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. Médecine. 2007;3(10):474-7.
4. Hansez I, Mairiaux P, Firket P, Braeckman L. Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge: rapport final. SPF Emploi; 2010.
5. Freudenberger HJ. Staff burnout. Journal of Social Issues. 1974(30):159-65.
6. 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.
7. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. JAMA. 2009;302(12):1338-40.
8. Michaels RM. Physician burnout. Pennsylvania Medicine. 1996;99(5):18-21.
9. Maslach C, Leiter MP. Burn-out: le syndrome d'épuisement professionnel. Paris: Editions des Arènes; 2011.
10. 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>
11. Ro K, Gude T, Tyssen R, Aasland O. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. BMJ. 2008;337(a2004):1-8.

COLOPHON

Synthèse du rapport I65B

Titre:	Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. - synthèse
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 Hueting (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/2011/10.273/58

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, Kacenenlobogen N, Offermans AM, Pierart J, Kohn L. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. - synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 165B. D/2011/10.273/58



