Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak - Supplement

KCE reports 165S

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre fédéral d'expertise des soins de santé
2011

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Voorstelling:	Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programma-wet van 24 december 2002 (artikelen 262 tot 266) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

Effectieve leden:	Pierre Gillet (Voorzitter), Dirk Cuypers (Ondervoorzitter), Jo De Cock (Ondervoorzitter), Frank Van Massenhove (Ondervoorzitter), 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.
Plaatsvervangers:	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.
Regeringscommissaris:	Yves Roger

Directie

Algemeen Directeur:	Raf Mertens
Adjunct Algemeen Directeur:	Jean-Pierre Closon

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel
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

Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak - Supplement

KCE reports 165S

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

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre fédéral d'expertise des soins de santé
2011

KCE reports 165S

Titel:	Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak - Supplement
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 Kacenelenbogen (CUMG-ULB), Anne-Marie Offermans (CUMG-ULB), Julien Pierart (KCE), Laurence Kohn (KCE)
Externe experten:	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 (EIIRBO), 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).
Acknowledgements:	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), alsook alle huisartsen die hebben deelgenomen aan de dataverzameling.
Externe validatoren:	Philippe Mairiaux (Ulg), Lieve Peremans (UA), Didier Truchot (Université de Franche-Comté).
Conflict of interest:	P. Mesters, Directeur van het European Institute for Intervention and Research on Burn Out (EIIRBO) heeft verklaard onderzoek te hebben gedaan in beroepssectoren zoals banken, farmaceutische bedrijven en de Nationale Confederatie van het Kaderpersoneel, wiens werkzaamheden geen enkel effect hebben op de werkzaamheden die door het KCE worden gefinancierd op het vlak van Burnout in de algemene geneeskunde. Hij organiseert eveneens besprekingen en seminaries voor de preventie en het beleid van uitputting bij het personeel in de zorgsector. Dr. Le Polain heeft verklaard door een farmaceutisch bedrijf vergoed te worden voor seminaries over burnout in LOKs en/of Dodécagroupes. I. Hansez van ULG heeft verklaard een vergoeding te hebben ontvangen voor onderzoek naar de prevalentie van burnout in België van FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. L. d'Hooghe heeft verklaard de voorzitter te zijn van de Geneeskundige Commissie Amonis maar niet in de Raad van Bestuur te zetelen. D. Vercammen heeft verklaard lid te zijn van de Raad van Bestuur van VZW Domus Medica. M. Delbrouck heeft verklaard vergoedingen te hebben ontvangen voor de publicatie van een boek over "Burn-out du soignant" (Burnout van de verzorgende) en voor talrijke artikels over dit onderwerp.

Disclaimer :

- De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijk rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.

- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijk rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.

- Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.

- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Layout: Ine Verhulst

Brussel, 10 oktober 2011

Studie nr 2010-17

Domein: Health Services Research (HSR)

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

NLM Classificatie: WM172

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2011/10.273/55

Dit document is beschikbaar van op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » (http://kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5261&CREF=15977).

Hoe refereren naar dit document?

Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, Kacenelenbogen N, Offermans AM, Pierart J, Kohn L. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak - Supplement. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 165S. D/2011/10.273/55.



Supplement

Inhoudstafel

1 REVUE DE LA LITTÉRATURE: 3
1.1 STRATÉGIES DE RECHERCHE POUR LA REVUE DE LA LITTÉRATURE (MAI 2010) 3
1.1.1 Medline 3
1.1.2 PSYCHINFO 3
1.1.3 Embase 4
1.1.4 Sociological Abstract 4
1.2 TABLEAUX D'EXTRACTION DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE 5
1.3 RESULTATEN TABELLEN 64
2 RECRUTEMENT POUR LES COLLECTES DE DONNÉES (ENTRETIENS ET DELPHI) 68
2.1 SITE WEB :COPIES D'ÉCRAN DU SITE WEB « BURNOUT VAN HUISARTSEN » 68
2.2 VISITES ET INSCRIPTIONS SUR LE SITE WEB 79
3 ENTRETIENS 80
3.1 CANEVAS D'ENTRETIEN 80
3.2 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON 'ENTRETIENS' 81
3.3 RESULTATEN VAN DE GESPREKKEN 82
3.3.1 Eerste aspect: de hoeveelheid werk van de huisarts 82
3.3.2 Tweede aspect: de kwaliteit van het werk van de huisarts 91
3.3.3 Derde aspect: De symptomen van burn-out, de ervaringen en gevoelens geassocieerd met burn-out en het zoeken van hulp 101
3.3.4 Voorstellen van huisartsen voor het voorkomen of behandelen van burnout 107
4 COMPARAISONS INTERNATIONALES 120
4.1 DESCRIPTION DES EXPÉRIENCES PAR PAYS 120
4.1.1 France 120
4.1.2 Espagne 125
4.1.3 Suisse 131
4.1.4 Norvege 135
4.1.5 Australie 138
4.1.6 Irlande 142
4.1.7 Royaume-Uni 143
4.1.8 Canada 148
4.2 TABLEAUX RÉCAPITULATIFS 158
5 DESCRIPTION DES PROGRAMMES BELGES 181
5.1 INSTITUT DE FORMATION ET DE THÉRAPIE POUR SOIGNANTS 181
5.1.1 Dispositif mis en place et objectifs 181
5.1.2 Philosophie sous-jacente 182
5.1.3 Population concernée 182
5.1.4 Structure d'appui 182
5.1.5 Financement 182
5.1.6 Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires 182
5.1.7 Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires 182
5.2 EUROPEAN INSTITUTE FOR INTERVENTION AND RESEARCH ON BURN OUT 183
5.2.1 Dispositif mis en place et objectifs 183
5.2.2 Philosophie sous-jacente 184
5.2.3 Population concernée 184
5.2.4 Structure d'appui 184
5.2.5 Financement 184
5.2.6 Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires 184
5.2.7 Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires 184
5.3 CLINIQUE DU STRESS AU CHU BRUGMANN 184
5.3.1 Dispositif mis en place et objectifs 184

5.3.2 Philosophie sous-jacente 185
5.3.3 Population concernée 185
5.3.4 Structure d'appui 185
5.3.5 Financement 185
5.3.6 Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires 186
5.3.7 Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires 186
5.4 COACHING DU BURNOUT PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES 187
5.4.1 Dispositif mis en place et objectifs 187
5.4.2 Philosophie sous-jacente 187
5.4.3 Population concernée 187
5.4.4 Structure d'appui 187
5.4.5 Financement 187
5.4.6 Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires 187
5.4.7 Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires 187
5.5 LES AUTRES PRISES EN CHARGE POSSIBLES ET ACTEURS CONCERNÉS 188
5.5.1 Autres prises en charge possibles 188
5.5.2 Autres acteurs concernés 190
6 ENQUETE DELPHI 191
6.1 APPORT DES ENTRETIENS DANS LE QUESTIONNAIRE DELPHI 191
6.2 APPORT DES STAKEHOLDERS DANS LE QUESTIONNAIRE DELPHI 191
6.3 APPORT DU PRÉ-TEST 192
6.4 DELPHI VRAGENLIJST - 1STE ROUNDE 192
6.5 CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS AU DELPHI 203
6.5.1 Age, sexe et appartenance linguistique 203
6.5.2 Situation conjugale 203
6.5.3 Type de pratique 204
6.5.4 Ancienneté dans la profession 204
6.5.5 Activités complémentaires 205
6.5.6 Statut relatif au burnout 205
6.6 RESULTATS DU 1ER TOUR DELPHI 208
6.6.1 Organisation et environnement professionnels 208
6.6.2 prise en charge du burnout 209
6.6.3 Information et prévention du burnout 212
6.6.4 Canaux d'information 213
6.7 DELPHI VRAGENLIJST - 2DE ROUNDE 213
7 CONSULATION DES EXPERTS ET DES STAKEHOLDERS 227
7.1 LIJST OF DE DEELNEMERS 227
7.2 AANBEVELINGEN FICHES TE DISCUTEREN 228
7.3 FORMULAIRE D'EVALUATION DES FICHES (FR) 241
7.4 FORMULARIUM OM AANBEVELINGEN TE EVALUEREN 242
8 REFERENTIES 243

1 REVUE DE LA LITTÉRATURE:

1.1 STRATÉGIES DE RECHERCHE POUR LA REVUE DE LA LITTÉRATURE (MAI 2010)

1.1.1 Medline

1 *Family Practice/

2 ((general or family) adj practi*).mp.

3 *Physicians, Family/

4 1 or 2 or 3

5 Burnout, Professional/pc [Prevention & Control]

6 Burnout, Professional/th [Therapy]

7 Burnout, Professional/et [Etiology]

8 caregivers/ or dentists/ or nurses/ or pharmacists/ or physicians/

9 4 or 8

10 5 and 9

11 limit 10 to ((dutch or english or flemish or french or spanish) and (comparative study or consensus development conference or consensus development conference, nih or evaluation studies or meta analysis or multicenter study or randomized controlled trial or "review"))

12 4 and 7

13 limit 12 to (dutch or english or flemish or french or spanish))

14 6 and 9

15 limit 14 to (dutch or english or flemish or french or spanish)

16 11 or 13 or 15

17 exp *Self Care/

18 *Physicians/

19 4 or 18

20 17 and 19

1.1.2 PSYCHINFO

Database: PsycINFO <1967 to May Week 3 2010>

Search Strategy:

---

1 exp *family physicians/ or exp *general practitioners/)

2 *occupational stress/

3 1 and 2

4 prevention/

5 dentists/ or nurses/ or pharmacists/ or physical therapists/ or physicians/

6 2 and 4

7 5 and 6

8 treatment/

9 2 and 8

10 5 and 9

11 3 or 7 or 10

1.1.3 Embase

'general practitioner'/exp/mj AND 'burnout'/exp/mj AND ([dutch]/lim OR [english]/lim OR [french]/lim OR [spanish]/lim) AND [embase]/lim OR ('burnout'/exp/mj AND ('paramedical personnel'/exp/mj OR 'physician'/exp/mj) AND ([dutch]/lim OR [english]/lim OR [french]/lim OR [spanish]/lim) AND [embase]/lim AND 'prevention and control'/exp) OR ('burnout'/exp/mj AND ('paramedical personnel'/exp/mj OR 'physician'/exp/mj) AND ([dutch]/lim OR [english]/lim OR [french]/lim OR [spanish]/lim) AND [embase]/lim AND ('therapy'/exp OR therapy))

1.1.4 Sociological Abstract

((KW=((general practi*) or (family physician*) or (family practi*))) and (DE=(Occupational Stress))) or((DE="prevention") and(DE="occupational stress")) or((DE="occupational stress") and(DE="treatment"))

1.2 TABLEAUX D'EXTRACTION DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Tableau 1. Articles relatifs aux facteurs de burnout chez les médecins généralistes.

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
Arigoni F, et al. 2009	Suisse	Etude de prévalence par questionnaire (e-mail)	2004	cancérologues, pédiatres et MG francophones	180 cancéro 184 pédiatres 197 MG TR 72% chez les MG	MBI + GHQ-12 (psychological distress)	32% morbidité psy EE :33%, D :28% , 20% AP. 6% burnout avancé Facteurs - : <=6h/mois formation continue -> D Travailler >=50h/sem ->EE et D Travailler dans le public -> CP Risque de EE ajusté pour nombre heures de travail > chez les MG Risque de D ajusté pour heures de travail et heures formation > chez les MG	Hypothèse : formation en communication semble protéger du stress.
Bakker AB, et al. 2001	Pays-Bas	Etude transversale par questionnaire auto-administré Test processus de contagion du burnout	?	MG inscrits au NIVEL	Échantillon aléatoire : 507/843MG (TR :60%)	Perception des plaintes de burnout par les collègues (BC) + Susceptibilité à la contagion émotionnelle (SEC) + MBI (sans item 12 et 16)	Le burnout est contagieux, que ce soit par exposition directe ou en raison d'une susceptibilité à la contagion émotionnelle. Est-ce le nombre de collègues en burnout ou le nombre de contacts avec un/des collègues en burnout qui joue ?	Le nombre perçu de plaintes de burnout par les collègues n'est mesuré que par 2 items → validité ?
Bakker, AB et al (2000)	Pays-Bas	Etude prospective par questionnaire auto-administré 5 ans follow up Test d'un modèle de process du burnout	1991-1996	MG inscrits au NIVEL	Échantillon aléatoire : T1 : 567/801MG (TR :71%) T2 : 299/470 MG (TR :73%)	Expanded patient demand scale + MBI (sans item 12 et 16) + échelle mesure de la réciprocité dans la relation avec les patients	La confrontation répétée avec des patients exigeants sur une longue période induit une perception d'inéquité et de manque de réciprocité qui épuise les ressources émotionnelles des Mg et initie le syndrome de burnout.. C'est la perception de ce déséquilibre plus que l'exigence réelle qui induit le burnout. L'épuisement émotionnel provoque la dépersonnalisation and le sentiment de compétences personnelles	Se base sur les résultats antérieurs :le burnout est associé à :des problèmes de clients plus difficiles, des demandes plus émotionnantes, un plus grand % de temps de soins directs, et une plus grande exposition aux patients avec

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
							moindres. Il joue donc un rôle central → Pour prévenir le burnout, il faut pouvoir rétablir l'équilibre dans le relation entre le patient et le MG : par formation à attitude de 'detached concern' (mais la limite avec la dépersonnalisation est fragile) ou donner la possibilité au MG de refuser de continuer à suivre un patient s'il est trop exigeant	pronostic pauvre + Rout et al. 1996 :cf + loin)
Brondt A, et al. 2008	Danemark	Etude transversale par questionnaire	2004	MG en activité dans un conté	379/458 MG TR :83.5%	MBI (22 items) : Burnout = EE>26 et/ou D>9 Burnout élevé = EE>26 + D>9 et AP<34 + questions sur l'éducation médicale continuée (CME) : appartenance à un groupe local ou de supervision (style balint) recours à un 'practice facilitator' (PC) (outreach visit) nombre de jours passée en conférences, cours, séminaires relatifs à la MG au cours des 2 dernières années	34.1% MG en burnout 2.8% burnout sévère. Les MG non-membres d'un groupe de CME ou de supervision ont une probabilité plus élevée d'être en burnout. Les MG qui ne font pas appel au PC, probabilité de burnout sévère plus élevée	Pas de lien de causalité possible
Cathebras P, et al. 2004	France	Etude transversale par questionnaire	2003	Médecins généralistes - 2 arrondissements du Sud du	306/480 MG (TR :63.75%)	Variables socio-démographiques + MBI Seuils : (bas, modéré,	Burnout complet : 5% Composantes du burnout : EE : 26% élevé, 34% modéré, 40% aucun	Intro utile pour définition stress professionnel / burnout

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
				département de la Loire		élevé) : EE : ≤17, 18-29,≥30 D : ≤5,6-11,≥12 AP : ≤33,34-39,≥40 + Causes de l'épuisement professionnel perçues (question ouverte)	D : 34% élevée, 30% modérée, 36% aucune AP : 56% élevé, 25% modéré, 19% mauvais Causes d'épuisement perçues : exigences patients Relations avec l'administration et organismes de protection sociale Charge de travail Contraintes financières = reflet situations stressantes en général mais l'importance d'un facteur de stress ne reflète pas nécessairement son impact réel sur le burnout, ni sa fréquence (à pondérer) EE élevé associé à : Sexe féminin Charge de travail importante (nombre d'actes quotidiens/nombre d'heures de travail hebdomadaire Désir de reconversion Consommation d'alcool et de psychotropes Idéations suicidaires NS : âge, nombre enfants, solo-groupe, rural-urbain. D élevé associé à : Charge de travail Heures-de travail hebdo Désir de reconversion Alcool et psychotropes NS :sexe, âge, solo-groupe, lieu de travail, idéations suicidaires	Souvent prévalence élevée représente EE et pas burnout total. Indique que études ont montré que la satisfaction au travail joue un rôle protecteur (voir ref) dans la relation entre le stress et EE Ici pas d'effet protecteur de la pratique de groupe Cite une ref de recherche sur les différents types de soutien + autres références à rechercher

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
							AP bas associé au désir de reconversion	
Dusmesnil, H et al. (2009).	France	Étude transversale par téléphone	2007	MG de ville (Provence-Alpes-Côte d'Azur)	N=511 (TR:96.4%)	MBI + Karasek (charge mentale au travail) + stress au travail spécifique + détresse psychologique (MHI-5 < SF-36)+ diverses variables psy	1% EP - 25% aucun EP EE associé à: - durée de travail élevée - charge mentale au travail élevée - patient en fin de vie = stress - attentes irréalistes des patients= stress - difficultés pour concilier vie prof et vie privée - sentiment de voir ses compétences et connaissances mises en causes par ses patients Protecteur EE: - satisfaction de sa pratique - sentiment d'efficacité D associé à: - hommes - contentieux judiciaire - 12 mois - attentes irréalistes des patients= stress -soucis à propos des demandes et plaintes des patients -sentiment de voir ses connaissances et autorité remises en cause - Protecteur D: - se sentir bien préparé - se sentir efficace dans la prise en charge AP réduit: - être nec couple	Dans la discussion: Déséquilibre: 1/ charge de travail 2/ la latitude décisionnelle 3/ reconnaissance 4/ communauté 5/ respect 6/ valeurs "faux contrat" discordance entre les attentes et la réalité du travail - contrat moral (description à rependre p361) cf modèle de siegrist effort recompense AP inconstant? pertinent? trait de personnailité?

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
							AP élevé: - latitude décisionnelle forte - satisfaction relations confrères - se sentir bien préparé - se sentir efficace dans la prise en charge	
Esteva, M et al. (2005).	Espagne	Étude transversale	?	Médecins de famille	N=86/287 (TR: 30.17%)	MBI	Facteurs associés : EE: -postgradués - âge plus élevé - - semaines de garde Satisfaction au travail basse - souhaitent changer de métier D : garde la nuit AP : pauvre Désir de changer de travail	Simples prévalences - analyses univariées
Esteva, M et al. (2006).	Espagne (iles baléares)	Étude transversale Analyses multivariées	2001	MG et pédiatres	N=266/346 (TR=61.86%)	MBI + GHQ- 28 + satisfaction au travail	Pas de lien avec les variables sociodémographiques EE et D associés à un niveau de satisfaction au travail bas et un niveau de stress au travail élevé AP bas associé à satisfaction au travail bas	
Goering et al (2005)	Suisse	Etude transversale par questionnaire	2002	Médecins de 1ère ligne (MG, internistes, pédiatres)	N=1784/ 3000 TR :65% - 73% chez les MG Échantillon non-stratifié	MBI +19 stresseurs relatifs aux soins de 1ère ligne	Degré modéré de BO : + hommes, 45-55 ans, revenu principal du ménage, MG, travaillent + d'heures, stress perçu plus élevé. BO élevé : Idem sauf âge et + travail en zone semi-urbaine et rural Stressuers :sources fréquemment cites : charge administrative, charge liée aà l'assurance maladie, image de la médecine dans les medias, changements du système de soins de	Primary care, ^pas seulement MG Facteurs extrinsèques (pas de prise) prédisposent à un niveau de BO sévère ou plus élevé. Intrinsèques : peur de mal faire, soins aux personnes en fin de vie, urgences

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
							santé contribuent de manière extrême. + équilibre vie de famille-vie prof, contraintes économiques liées à la pratique. Lien avec BO élevé : charge de travail globale, Assurance-maladie, équilibre vie p-p, changements système de soins, incertitude des soins médicaux. BO élevé : rural, stress excessif en relation avec charge de travail globale, attentes des patients, difficulté équilibre vie p-p, contraintes économiques, incertitude médicale, relation avec le staff non-médical dans la pratique	médicales, consultations par téléphone ne sont pas associées au BO
Grassi, L et al (2000).	Italie	Étude transversale		MG + médecins hospitaliers	MG: n= 182 M hospi: n= 146	MBI + GHQ-12	Résultats pour les MG : EE: Pas de difference homme-femme + élevé chez les MG que M hospi Pas association avec statut marital, age, ancienneté. D : hommes plus élevés Lien entre GHQ et MBI 3 facteurs GHQ liés avec EE mais plus si analyses pour les 2 sexes séparément	
Houkes, I., et al (2008).	Pays-Bas	Étude prospective par questionnaire auto-administré FU : 2 ans	2002-2004	MG	N=271/700 (TR 37%)	MBI Charge de travail Interférence vie privée-professionnelle Job ressources : - garde – cont –support social des collègues Facteurs personnels : coping (évitement et actif)et perfectionnisme	Revue littérature rapide jusqu'en 2007 : facteurs : les déterminants ne sont pas constants entre les études bien que job demand, support social des collègues, conflit vie privée-travail, facteurs personnels et les job ressources comme le contrôle et le sexe sont souvent mentionnées. Résultats : Job demand est associé à EE	L'approche des facteurs de risques de BO doit être 'gender sensitive' Interventions doivent viser à augmenter les job resources et diminuer les job demands Évaluer le l'environnement de

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
							Job ressources associées à D et AP Charge de travail, interférence vie privée-prof, et perfectionnisme sont associés à EE et active coping interférence vie privée-prof, et perfectionnisme sont des facteurs de stress important pour le MG Temps 1 : styles de coping diffèrent selon le sexe : ↗ évitement → ↘D chez les hommes ↗ évitement ↗D chez les femmes Active coping protège de D chez les femmes et augmente D chez les hommes. Support social est associé à D et AP seulement chez les hommes sans que différence de niveau de support.--> effectivité du support diffère Plus de différences en tps 2 Le pattern entre Job demand, job ressources et facteurs personnels et les 3 dimensions du BO diffèrent en fonction des sexes La relation est réciproque : cercle vicieux	travail et perfectionnisme pour proposer des techniques de gestion du stress Changement politiques pour équilibrer vie de famille et vie professionnelle Coaching et responsabilisation pendant la formation des MG, pendant la vie professionnelle et la pratique post graduate
Izraeli, D. N. (1988).	Israël	Étude transversale par questionnaire	1979-1980	Couples de médecins	N=126 TR : 53%	BO : index de Ezrachi :épuisement ou sentiment de baisse d'énergie Conflit vie privée-vie professionnelle Interférence avec la carrière de l'époux Doutes quand au succès dans	BO plus associé avec doutes sur le succès professionnel chez les hommes que chez les femmes. Pas de différence de BO selon le sexe ou conflit vie privée-vie prof., sentiment d'avoir entraver la carrière de son époux ou le besoin de réussite ou de domination et l'implication dans le travail. Les hommes qui soutiennent leur	Pas seulement MG BO mais pas par MBI

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
						performances professionnelles Besoin de domination et de réussite Implication dans le travail Compétition statut	épouse à la maison comme au travail sont moins en BO que les ceux qui ne le font pas.	
Koleck, M et al (2000)..	France	Analyse transversale test d'un modèle transactionnel de stratégies de coping	1998	MG Bordeaux	N=232/498	Facteurs prédictifs selon axes : - Caractéristiques professionnelles - caractéristiques individuelles -type A - job stress : JSQ - coping : WCC -job satisfaction : échelle de Warr -MBI	EE est prédit par les comportement addictifs. Indirectement par l'impatience et l'implication dans le travail. AP est prédit par l'expression de ses émotions et indirectement par l'ancienneté. D'après l'abstract : Coping centré sur le problème et recherche de soutien social prédisent la satisfaction professionnelle et l'AP. Stress perçu induit BO qui influe sur l'insatisfaction professionnelle.	
Lemkau, J. P et al. (1988).	USA	Étude transversale		Résidents dans pratique s de médecine familiale	N=67	MBI + 2 mesures de personnalité : - Millon clinical Multiaxial Inventory : distingue les troubles de la personnalité de longue date des disfonctionnements transitoires dus au stress - Myers-Briggs Type Indicator : 16 types de personnalité différents + regrets de choix de carrière	EE associé à: - 6 des 9 symptômes de désordre transitoires - score anxiété + élevé - somatisation - dysthymie - abus alcool - tendance à des pensées psychotiques et dépression psychotique scoré plus élevé de « avoidant » - dépendant - antisocial - personnalité passive-agressive - type schizo ou trouble de la prsonalité borderline	

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
							AP bas : score + élevé styles de personnalité schizo ou dépendante - score élevé de personnalité de type schizo	
McCranie, E. W et al (1988)	USA	Étude prospective FU : 25 ans	1982	440 médecins	20% MG	Échelle Tedium : - épuisement physique, :se sentir fatigué, faible, amoindri - épuisement émotionnel : se sentir déprimé, pris au piège, désespéré - épuisement mental :se sentir bon à rien, désabusé, rejeté MMPI (personnalité) + stress au travail + degré de satisfaction prof et perso + bonheur conjugals + caractéristiques démographiques et pratique	Score plus élevé de BO associés à: - estime de soi basse - sentiments d'inadéquation - dysphorie, - soucis obsessionnel, - passivité - anxiété sociale - repli sur soi-même - insatisfaction carrière, professionnelle, conjugale moins religieux - moins intérêts intellectuels Pas d'association avec variables sociodémographiques ou caractéristiques de pratiques .	Pas seulement MG Autre échelle utilisée
McManus et al (2002)	UK	Étude prospective par questionnaire (3ans de FU)	1997	MG	N=331	MBI +GHQ 12	EE cause du stress et le stress cause l'EE. AP élevé augmente le niveau de stress D diminue le niveau de stress	
O'Connor, D. Bet al (2000).	England	Transversale, comparant le niveau de stress des médecins généralistes avec celui de professionnels à	Janv-juin 1997	Médecins généralistes hommes et femmes	1000 MG et 400 WCP Randomized sampling techniques	Psychological job demand : partie de Karasek Job control : Ganster control scale amendée	Taux de réponse = 42% GP, 43% WCP MG significativement plus déprimés que WCP Pas de différence d'anxiété ou de somatisation MG significativement moins satisfait	Pas B-O Figure 2 montre des résultats plus mitigés au nv job satisf Aucune info sur les non répondants

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
		col blanc				Job strain= ratio des 2 Job satisfaction: 10 items Warr scale Anxiety, depression, somatisation : 90-R	de leur job Facteurs de mécontentement Heures de travail Liberté de choisir leur propre méthode de travail Reconnaissance de faire un bon travail Taux de rémunération Opportunité d'utiliser leurs capacités Pas de différence selon le sexe des MG Confirmation du job strain model. Suggestion d'augmenter la participation au processus de décision relative à leur environnement de travail (nouveaux contrats NHS) CCL : l'environnement psychosocial de travail joue un rôle important dans le développement d'une atteinte de la santé mentale et d'une insatisfaction professionnelle, tant chez les MG hommes que femmes.	
O'Dowd, T. C. (1987).	U.K.	Réflexions	1987	General practice		Plusieurs définitions; 3 étapes de burn-out: 1-Déséquilibre entre la demande du travail et les ressources personnelles; la réaction peut être de réorganiser sa vie 2-Accès de colère, d'irritabilité… ; une solution serait de prendre de courte vacances, d'aller suivre	Quelques causes évoquées de B-O. Manque de préparation à la réalité et aux frustrations (vocation, carrière, impuissance) Difficulté de faire une pause dans sa carrière Manque de soutien par les groupes de pairs	Réflexion très générales sur le B-O

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
						un cours… 3-B-O terminal, insidieux, traitement mécanique des individus ;		
Orlowski, J. P et al (1986).	U.S.	Réflexions	1986	Personnel des services de soins intensifs pédiatriques	N.A.	Description des différentes manifestations du B-O (physiques, émotionnelles, comportementales et sociales)	Causes du B-O en ICU. Quelques pistes d'action : Support par réunion du groupe (1 h/sem ; parfois avec un psychiatre ; partage des causes de stress et des techniques de coping de chacun) Plus-values d'activités hors hôpital Style de vie adéquat : alimentation, exercice… Limitation du travail Partage des responsabilités, en équipes interdisciplinaires	Très peu applicable en M.G. Structure des manifestations du B-O ?
Ospina-Kammerer, V et al (2001).	U.S.	Réflexions	2001	Médecins de famille et les assistants sociaux de famille	N.A.	Pas de définitions mais une liste de 7 postulats : 1 le B-O est un processus, non un évènement, causé par une exposition prolongée au stress et frustations ; 2 Divers facteurs personnels et environnementaux (stressors) qui génèrent du stress peuvent être considérés comme des causes potentielles de B-O ; 3 le B-O est un	Trois catégories de stresseurs : Situationnel (agenda inflexible, privation de sommeil, surcharge de travail…) Professionnel (responsabilité des soins du patient, surcharge d'information) Personnel (conflits familiaux, aspects financiers, temps libre limité) Quatre catégories de coping (active ou inactive et direct ou indirect) Active/direct (changer la source du stress, s'y confronter) Inactive/direct (ignorer la source du stress, fuir la situation stressante) Active/indirect (parle du stress à un ami) Inactive/indirect (boire de l'alcool,	Le postulat 7 et les 3 catégories de stresseurs pourraient nous intéresser pour structurer le texte. Pas d'évaluation des programmes chez les professionnels de la santé (mais bien chez les employés pour le ROM)

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
						concept holistique ou biopsychosocial ; 4 le B-O peut se présenter sous différents grades et peut se traduire en un continuum de problèmes, de la simple perte d'énergie à une maladie sévère ; 5 le B-O n'est pas une maladie et le modèle médical n'est pas approprié pour le comprendre et le gérer ; 6 Les efforts de prévention du B-O doivent être individualisés, même si certaines caractéristiques sont partagées par toutes les personnes en B-O 7. Les programmes de prévention du B-O doivent se centrer sur la personne en tant que microsystème ; sur le partenaire, l'époux(se) et la famille comme mesosytème ; sur le lieu de travail et la communauté pour l'exosystème ; et sur	fumer, prendre des drogues) Quatre activités qui semblent augmenter la probabilité pur les médecins de familles et les assistants sociaux de famille, de réussir le coping face à des épisodes de B-O : Devenir conscient du problème Prendre la responsabilité de faire quelque chose vis-à-vis de ce problème Avoir une idée claire (cognitive) sur ce qui peut être changé et ce qui ne peut pas Développer de nouveaux outils de coping Deux techniques de coping à implanter lors du cursus de formation des médecins de famille et assistants sociaux de famille. R.O.M Walking medidation	

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
						les valeurs culturelles/sociétales pour le macrosystème.		
Rout, U. (1999).	U.K.	Etude par questionnaires	1997	900 MG et autres professionnels en soins primaires, région Nord Ouest	587 (65,2%) questionnaires rentrés parmi lesquels 205 proviennent de MG.	Job stress questionnaire Job satisfaction (Warr) Mental wellbeing (Crown & Crisp) Type A behaviours (Bortner version adapted) Health behaviours (alcool, tabac, Ways of coping checklist	Les 6 stresseurs les plus importants (tant pour les hommes que les femmes MG) : pression du temps, demande croissante des patients, trop de chose à faire, horaire asocial, interruptions, division du temps entre le travail et la maison. Un facteur est particulièrement ressenti comme stressant par les femmes : les problèmes avec les patients co le harcèlement sexuel, les problèmes de langage ou les préjudices raciaux de la part des patients) Les MG interrogés sont relativement satisfaits par certains aspects de leur job (sécurité, compagnons de travail, conditions physique de travail, prise en compte de leur suggestion). Ils sont moins satisfait par les heures de travail, le payement et la quantité de travail qu'ils effectuent. Les MG hommes présentent un pauvre degré de santé mentale en termes d'anxiété et de dépression par rapport à la population male britannique au contraire des femmes MG. En termes de coping, les hommes sont pratiquement plus l'évitement et les femmes le fait de parler et la recherche d'un support social.	L'étude montre plus de similarité entre les 2 sexes que de différences. Les auteurs précisent que l'échantillon étant petit, il faut prendre les résultats avec prudence

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
Shanafelt, T. D. (2009)	U.S.	Réflexions/ Editorial	2009	Médecins	NA	Définition intéressante du B-O, plus pratique (perte d'enthousiasme pour le travail (EE), considération des personnes comme si c'était des objets (D), sentiment que le travail n'a pas de sens (PA).	Rappel de facteurs qui contribuent au B-O des médecins (perte d'autonomie, diminution du contrôle sur l'environnement de la pratique, utilisation inefficiente du temps, surcharge de travail, privation de sommeil…) Une multitude de méthodes peut être utilisée pour identifier leurs valeurs et réduire leur stress (co évoquer une expérience en groupe). Des études qualitative suggèrent que les médecins trouvent leur satisfaction professionnelle premièrement dans la relation avec le patient, la relation avec les collègues et la récompense jour après jour de la pratique (comme la stimulation intellectuelle). Enfin, certaines études tendent d'estimer l'impact de l'amélioration du bien-être des médecins sur la qualité des soins (diminution des erreurs médicales, mauvaises pratiques p.e)	Réf 15, Krasner
Sobreques Soriano, J et al (2003).	Espagne	Etude observation-nelle transversale Questionaire administé en face à face, de manière individuelle ou par groupe		Médecins généralistes	737 MG pratiquant depuis au moins 3 ans dans 93 centres de soins primaires de la province de Barcelone	MBI Satisfaction professionnelle (Font Roja-9 dimensions)	Taux de réponse (603/737) = 81%. Selon les auteurs, le haut taux de réponse souligne l'intérêt de MG pour la problématique (mais déplacement sur place des enquêteurs quand même !) La satisfaction globale de MG est de 3,02 (IC95% 2,98-3,05), ce qui est un taux moyen. Les femmes semblent présenter de meilleures ressources psychologiques pour lutter contre les	Lien entre satisfaction et B-O

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
							facteurs de stress. Il n'y a pas de différence en tout cas selon le sexe en terme de satisfaction et de B-O. Il y a une association positive entre la satisfaction et moins d'année de travail en soins primaires, le fait de travailler dans un centre qui offre un enseignement et le fait de recevoir de l'information sur l'enquête ! La satisfaction semble donc moins bonne avec l'âge. Un taux bas de satisfaction professionnelle est associé à un haut score de EE et de D et un score bas de PA. La relation entre le B-O et la satisfaction professionnelle est claire (même si on ne peut savoir qui est la conséquence de quoi)	
Soler, J. K et al (2007).	13 pays européens (pas la Belgique)	Id qu'en dessous mais en 2 pages ! et avec un pays en plus !		Médecins de famille	1503 médecins de famille de 13pays		Taux de réponse = 33% Burn-out EE chez 44%, DP 37% et PA 31%. Trois dimensions du Burn-out chez 12%. Facteurs prédictifs du B-O (ds 1 ou plusieurs dimensions) : Revenus Intention de changer de job Satisfaction Augmentation consommation d'alcool Usage de psychotropes Facteurs prédictifs du B-O dans les 3 dim : Travail pendant le week-end Satisfaction professionnelle Augmentation du tabagisme Usage de psychotropes	

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
Soler, J. K., et al. (2008).	12 pays européens (pas la Belgique)	Enquête transversale Questionnaire en FRANÇAIS !		Médecins de famille	1393 médecins de famille de 12 pays	Plusieurs définitions dans le texte. Reprend aussi EE, DP and PA MBI-HSS	Taux de réponse : 41% Validité et fiabilité du questionnaire élevées Burn-out EE chez 43%, DP 35.3% et PA 32%. Trois dimensions du Burn-out chez 12%. Pas de Burn-out seulement chez 35.1% Grande variabilité selon les pays et les dimension du BU. Facteurs associés au burn-out Satisfaction prof basse Intention de changer de job Abus d'alcool, de tabac, de psychotropes Utilisation de congés maladies Age plus jeune Sexe masculin Type de travail Peu d'influence de la charge de travail et d'autres job stresseurs (travail de nuit et de week-end)!	Pas d'inclusion dans le questionnaire de la variable « contrôle de leur place de travail ». Aucune info sur les non répondants (peuvent être à plus haut degré de BU encore) Puissance de l'étude insatisfaisante Réf 30 du modèle de Maslach et Leither qui intègre le croisement entre la personne et 6 domaines de l'environnement professionnel (charge de travail, contrôle, récompense, solidarité, équité, valeurs) Peu de recherche menées sur les interventions contre le BU. Et alors que les recherches indiquent que les caractéristiques organisationnelles sont plus fortement associées au BU, les intervention se sont plutôt centrées dans

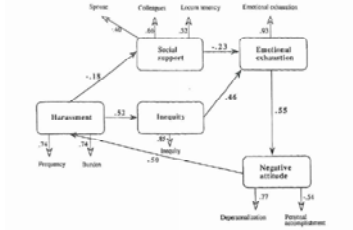
Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
								le passé sur les changements individuels (réf 1, encore Maslach)
Spurgeon, P et al (1995).	UK	Etude transversal par questionnaire Envoi postal		Médecins généralistes	500 MG soit 25% de tous les MG de la region du Sud-Ouest de l'Angleterre	Sources du stress en 42 items Stress et santé (8 items) Coping et prévention du stress Questions sur les formations en aptitudes de management Perception et attitudes sr la médecine générale Indicateurs de la charge de travail	Taux de réponse = 60% (304/500 soit un large échantillon considéré comme représentatif par les auteurs) Peu de données manquantes Le stress des MG est multi-dimensionnel. La raison principale citée par les MG interrogés pour quitter leur pratique est la bureaucratie/'interférence du gouvernement in the NHS (71%) Vient ensuite la demande des patients et la nature même du travail de MG (68%) : l'exigence, le manque d'appréciation du travail de MG, la recherche d'une seconde opinion… Une autre source de stress importante est la difficulté d'équilibrer le travail avec la vie familiale et sociale (48%) au vu des garde de 24H et des appels de nuit, d'autant que le NHS augmente la charge de travail. La collaboration avec d'autres partenaires (soit dans l'équipe, soit avec les hôpitaux) est aussi source de stress. Les femmes semblent particulièrement stressées par les relation avec l'hôpital.	Souligne l'importance d'agir aussi au niveau organisationnel pour prévenir le B-O Donne aussi une idée de ce que nos MG pourrait vivre si le gouvernement devenait plus intrusif
Stevens, W. D. (1984).	U.S.	Réflexions	1984	Infirmières, médecins, dentistes,		3 étapes du B-O : alarme, résistance ou adaptation et	Causes du B-O Choisir de ne pas mettre de limites Choisir de ne pas prêter attention à	Donne un rappel des signes physiques, de performance et

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
				policiers travailleurs sociaux...		épuisement.	ses propres désirs et besoins Choisir de ne pas communiquer ses sentiments Choisir de s'isoler physiquement et émotionnellement Choisir de ne pas reconnaître son pouvoir Choisir d'ignorer les attentions positives d'autres Choisir de devenir « surinvesti » Choisir de ne pas apprendre des aptitudes de communication Choisir de ne pas être capable de vivre avec les zones grises de l'existence Stratégies pour prévenir le B-O Il n'y a pas une seule bonne stratégie mais plusieurs possibles à choisir en fonction de ce qui donne un sens Physiques (exercice, nutrition, relaxation) Relationnelles (contact régulier avec un système de soutien par les pairs, réexamination de ses relations, résolution de conflit, penser à soi d'abord) D'acquisition d'aptitudes (communication, assertivité, résolution de conflit, gestion du temps) En prenant soin de soi…	émotionnel du B-O. Très tourné vers l'individu, très intéressant
Sutherland, V et al. (1993).	U.K.	Etude par questionnaires	Summer 1990	Médecins généralistes	1500 médecins généralistes	Pas B-O Santé mentale (courte version du CCEI) Satisfaction	Taux de réponse = 61% (917/1500) Les femmes médecins sont plus satisfaites par leur job que les hommes.	Enquête effectuée dans le cadre d'un changement d'organisation de la

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
						professionnelle (Warr, Cook & Wall) Personnalité (OSI & Typa A (TAB) Locus of control (LOC) Job stress questionnaire (Cooper ; Sources of Job Pressure scale of OSI) Coping Styles (OSI)	Facteurs prédicteurs d'insatisfaction professionnelle Demande professionnelle et attentes des patients (peur croissante d'être attaqué pendant les visites de nuit, craintes d'une plainte de patient, les attentes importantes des patients, la publicité contraire dans les médias) Structure de l'organisation et climat (manque de consultation et communication, travail administratif, ressource insuffisante, manque de feedback sur ses propres performances, design de l'organisation) Interface maison/travail Carrière et accomplissement Administration et travail médical de routine Peu d'utilisation de stratégies de coping Nombre de cabinet dans la tratique (??) Le support social est une stratégie de coping plus utilisée par les femmes que les hommes. Il en va de même pour l'utilisation des rapports Maisons/Travail (support du domicile, hobby, intérêt extérieur…) Les résultats donnent aussi des facteurs prédicteurs de l'anxiété générale (free-floating)	MG en UK ! Propose de réfléchir à 3 types de stratégies : Individuelles (relaxation, méditation, exercice, gestion du temps, assertion, restructuration cognitive) Interpersonnelles (team building, team briefing) Organisationnelles (implication des généralistes dans les décisions et actions qui les concernent, amélioration des sélections, offre d'équipement qui augmente la sécurité des MG appelés, communication au patient de messages pour qu'ils soient plus réalistes dans leurs attentes. En conclusion, la prochaine étape proposée est l'introduction d'un programme contrôlé et intégré de gestion

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
								du stress, qui pourrait être évalué en termes d'impact individuel, d'équipe et d'organisation.
Truchot, D. (2008).	France	Etude transversale par questionnaire postal		Médecins généralistes	498 Médecins généralistes d'une région de l'est de la France	MBI Orientation de carrière (au début de la profession et actuelle) selon 4 profils défini par Burke : Activiste social, artisan, carriériste et self-investissor	Taux de réponse = 52% (259/458) Au début de leur carrière, 47,9% des MG avait une orientation de social activiste suivi par l'artisan (33,2%), le carriériste (10%) et le self-investissor (8,9%). Concernant l'orientation actuelle, 45,6% sont self-investissors, 38,6% artisans, 10,8% activiste social et 5% carriériste. Les self-investissors du départ affichent le plus bas degré de PA et les carriéristes ont le plus haut degré de D. Les selfs-investissors actuels affichent un plus haut degré de D et un plus bas de PA que les artisans. 75% des MG ont changé d'orientation de carrière, avec une diminution du social activisme et un passage vers le self-investissors, ce qui souligne une perte d'idéalisme	Dans l'intro, il cite des références montrant que le B-O est particulièrement élevé parmi les M.G quand on les compare à d'autres profession de service ou à une population de référence.
Truchot, D. (2009).	France	Etude transversale par questionnaire postal		Médecins généralistes	498 Médecins généralistes d'une région administrative française	BU en français selon Maslach : « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus	Taux de réponse = 52% (259/498) Les heures travaillées sont associées uniquement à l'épuisement émotionnel, ce qui confirme que cette dimension du burn-out est la plus sensible aux stresseurs professionnels. 43.2% ont un EE élevé (voire 47.9%) 33% ont un score élevé de D (voire 40%)	Le sens de la causalité peut être posé mais des études longitudinales montrent aujourd'hui que c'est bien l'équité perçue qui accroît le B-O et non le contraire.

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
						impliqués professionnellement auprès d'autrui » Le AP serait plus une caractéristique personnelle et non un aspect du BU. MBI, validée en français par Dion	30% (voire 37%) ont un AP réduit Seuls 27,4% perçoivent leurs relations avec les patients comme équilibrées ; 52,4% se perçoivent sous-bénéficiaires ; 20,2 surbénéficiaires. L'inéquité influence l'EE et la D. En situation de sous-bénéfice, les individus qui ont une orientation communautaire élevée ne souffrent pas plus de BU que leurs collègues des autres groupes, mais si l'orientation communautaire est faible, leur score d'EE s'élève significativement. Si l'on a beaucoup insisté sur la charge de travail (volume horaire important, charge admin, etc.) comme source de stress chez les GP, une des pistes pour prévenir ou enrayer leur burn-out se situe au niveau de l'équilibre relationnel (ou de l'attente d'équilibre) dans la relation avec les patients. Les programmes d'intervention visant la restauration cognitive de la perception de l'équité offrent des perspectives de remédiation	
Van Dierendonck, D et al (1994).	Pays-Bas	Etude transversale par questionnaire		Tous les MG enregistrés dans l'Institut néerlandais des soins de santé primaire	801 MG sélectionné selon l'âge, le sexe, l'urbanisation, et stratifié selon le type de pratique	Définition de Maslach avec l'EE considéré comme la composante clé du syndrome de B-O et proposition de considérer 2 dimensions: EE et attitudes négatives (AP et D)	Les MG affichent plus de symptômes de B-O qu'une population de 667 infirmières néerlandaises, et cela pour les 3 dimensions du B-O. (25% des MG interrogés rapportent avoir vécu une espèce de menace physique durant l'année précédent l'enquête. Les résultats confirment la validité du modèle en 2 dimensions du B-O.	Cette étude montre l'importance de la relation patient-médecin dans le B-O. Pour confirmer leurs résultats, les auteurs suggèrent de faire une étude

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
						MBI Equité (évaluation des relations aux autres en termes de récompense, coût, investissements et profits) Harcèlement des patients (Mécanic) Support social (VOS-D)	Il y a un lien entre les attitudes négatives du MG et le harcèlement, comme si les attitudes négatives du MG et du patient se renforçaient. La perception d'une inéquité dans les relations avec les patients et un moindre support social influencent la relation entre le harcèlement par les patients et la dimension EE du B-O.  FIGURE 2. Respecified model, standardized solution	longitudinale. Pour restaurer l'équité, les auteurs suggèrent d'enseigner aux MG une attitude de 'detached concern', de leur permettre de clore une relation avec un patient et de porter de l'attention à leurs relations avec leurs collègues (support social).
Virtanen, P., (2008)	Finlande	Etude transversale par questionnaire	2000-2002	1904 médecins ayant répondu à une enquête postale.	226 MG travaillant dans des centres de santé municipaux de soins primaires et 523 consultants travaillant comme spécialistes en hôpital public de 2è ligne	Tension professionnelle Climat d'équipe Injustice organisationnelle Horaire de travail, Charge de travail perçue Absence pour maladie survenant des les 2 ans suivant l'enquête	Les O.R. pour la tension professionnelle et la charge de travail perçue sont 1,8 et 2,3 fois plus important chez les MG comparés aux consultants. Les consultants rapportent plus d'injustice procédurale et interactionnelle (?) et un climat d'équipe pauvre. 18% des consultants et 12% des MG rapportent travailler plus de 50h/sem. Il n'y a par contre pas de différence en termes de mode de vie et de santé entre les 2 groupes. Excepté pour les absence de courte durée pour maladie qui sont plus fréquentes chez les MG.	Pas vraiment B-O mais plutôt stress professionnel et attractivité MG. Une solution pour résoudre la crise de recrutement en MG serait de réduire le stress professionnel tout en préservant un haut degré de justice et un bon climat de travail
Wallace, J. E et al (2009)	Canada	Revue de la littérature	2009	Médecins (MG, étudiant,	N.A.		Facteurs de stress Charge de travail (nombreux	Quelques chiffres de prévalence du B-O

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
				pédiatre, chirurgien, interniste...)			médecins travaille en moyenne 50-60 h/sem sans compter la garde on call) Fatigue (associée au risque de B-O) après 24 h de travail d'affilée Situations chargées d'émotions (souffrance, peur…) et interactions difficiles avec le patient, la famille, les collègues Demande excessive de connaissances Changement dans l'exercice de la médecine (demande des patients, rémunération, bureaucratie, exigences des organisations réduisant l'autonomie et conflit entre ces dernières et les besoins des patients (p.e protocole standardisé = augmentation de la qualité des soins mais aussi augmentation de l'insatisfaction au travail et du stress)) Attention sous-optimale accordée par les médecins à leur bien-être : ils n'écoutent pas leurs besoins et n'ont pas tendance à chercher de l'aide auprès d'autres. Ils négligent les examens physiques et procrastinent les traitements. Nombreux sont les médecins sans médecins de famille. ETC La personnalité et le sexe du médecin sont aussi prédictif du bien être du médecin. Le perfectionnisme, l'addiction au travail et le type A sont associé au B-O. Les femmes médecins , devant plus souvent que les hommes, équilibrer les	(25-60% voire 75%) TRES INTERESSANT Résume bien les facteurs de B-O et propose un shift dans la culture médicale. L'auteurs signalent que de nombreux pays (Canada, Australie et UK notamment) développent des programmes pour identifier et traiter les médecins mal en point et que certaines organisations des soins de santé visent la prévention et le promotion du bien être. Mais c'est le début et il n'y a pas de standard actuel.

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
							responsabilités familiales et le travail, sont plus stressées. La tendance historique de la profession d'ignorer les indicateurs de détresse exacerbe l'effet des facteurs professionnels sur le bien être (dilemme éthique entre protéger la vie privée de leur collègue et la sécurité du patient) ; importance de la formation qui prône que les bons médecins sont ceux qui ont peu de besoins, ne commettent pas d'erreurs et ne sont jamais malades. Certains médecins pensent que leur santé est interprétée comme un indicateur de leur compétence médicale. Il y a aussi la peur de perdre certaines licences (liées aux conditions de santé)	
Winefield H, et al. (1994)	Australie	Etude transversale par interview et analyse d'une ou de 2 consultation(s) considérée(s) comme insatisfaisante(s) par les médecins mais satisfaisante(s) par les patients (parmi 10 consultations enregistrées		Médecins généralistes	19/21 médecins généralistes ayant participé à une étude précédente où ils avaient enregistré 10 consultations consécutives		Taux de participation = 95% Sources de stress professionnel : En moyenne 7,7 sources par MG Internes au médecin = 13% (connaissances de base ; état émotionnel) Liées à l'interaction patient-médecin = 65% des cas (communication des information dans les 2 sens ; relation ; attentes des uns et des autres) Externes au MG et au patient = 22% (temps ; argent ; attitude du public ; critique de la Health Insurrance Commission ; relation avec les autres praticiens)	Très bonne acceptation de la méthode (réécoute d'enregistremen) La liste de stresseurs n'est pas exhaustive car les chercheurs n'ont pas atteint la saturation. Il aurait donc fallu un échantillon plus grand. De plus, n'ont été prises en compte que des consultations où le patient était satisfait et celle où il

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout	Résultats	Commentaires
		précédemment)					Il y a une différence entre les hommes et les femmes non pas en termes de nombres de sources de stress mais de type de sources (plus internes pour les femmes et externes pour les hommes, plus de problèmes de communication aussi pour les hommes). Cela pourrait être traduit dans des besoins de formation différents selon le sexe. Stratégies de coping Changement de pratiques = 50% (diminution des heures de travail, éducation des réceptionnistes et des patients sur la politique du cabinet..) Recherche d'information ou de formation par cours ou par discussion avec les collègues= 25% Réévaluation de la situation pour analyser son stress	avait accepté l'enregistrement Heartsink ?
Woodside JR et al (2008)	USA	Étude prospective par questionnaire (2 fois par an pendant 3 ans)	2002-2005	Médecins de famille et psychiatres résidents	N=155/227 (TR MG 53%)	MBI + work environnement scale +acculturation	D moins élevé chez les femmes D et EE moins élevés avec parentalité D et EE plus élevé chez US culture MG plus BO que psy Pklus jeunes plus de D	Pas seulement MG et en institution

Tableau 2. articles relatant des actions de Prévention / Interventions Burnout

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
Awa W.L., et al (2010)	Allemagne	Revue systématique de la littérature	2008 (couvre période 1995-2007)	Tout venant		Donne quelques chiffres de prévalence de B-O chez les médecins (22% aux USA, 27% en GB et 20% en Allemagne)	Sur les 25 études retenues, 80% environ montrent un effet positif de l'intervention (centrée sur le patient ou organisationnelle) sur le B-O. Cependant, il y a 3 études où l'intervention n'apporte rien (chez des infirmières ou étudiants en nursing) et une où il y a même une augmentation du B-O chez des MG (Margalit 2005) ! En conclusion, les auteurs suggèrent que des interventions bien planifiées, incluant des mesures personnelles et organisationnelles et suivies de recyclages à intervalle régulier devraient avoir un effet positif sur le B-O	Intéressant aussi d'un point de vue méthodo.
Benson J, et al. 2005	Australie	pratique					Distinction entre BO et fatigue de la compassion Présentation des groupes Balint La participation à ce groupe doit être repris comme un moyen d prévenir le BO dans la catégorie des approches professionnelles (à côté de viser balance type de travail, rythme de travail et temps de repos. Aide : meilleur aperçu sur schémas, comment réagir avec les patients les plus difficiles. Les croyances idéalistes et inappropriées sont mises à mal et le feed-back positif des pairs peut aider à apprécier le vrai sens et but d'être GP - au niveau personnel (humour, relaxation, exercices, bonne	Pas d'évaluation des groupes Balint

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							alimentation, self care activités et spirituelles. - au niveau organisationnel : manque de MG, remboursements inadéquats, charge administrative, isolement professionnel, ressources limitées, pression temps, peur des litiges…	
Bittman B et al. 2003.	E-U	RCT 6 mois follow up	-	Travailleurs dans le secteur des soins longue durée	N=112	MBI + TMD: Total mood dsisturbance = somme POMS Profile of mood states (tension / anxiété, dépression / abattement, angoisse / hostilité, fatigue/inertie, confusion / perplexité) +impact économique Intervention : 6 sessions d'1 heure de musique récréative	Les composantes du MBI, du TMD et POMS sont améliorées après l'intervention. Ce changement demeure encore 6 mois après l'intervention. L'intervention est évaluée comme coût-efficace : pour 1$ investi, 60.57$ sont économisés.	Pas de MG dans l'échantillon
Felton, J. S. (1998).		Article général		Travailleurs en soins de santé			Identification des mesures préventives et traitements du BO « si des mesures de prévention sont mises en place, le BO ne devrait pas survenir. Si BO déjà présent, les mesures de prévention peuvent être utilisées de manière thérapeutique » - discussion de groupe ou de staff - employee assistance program - groupe par firme extérieure pour gestion du stress - groupe balint : le BO est réduit en augmentant l'auto-efficacité psychosociale -changement dans l'environnement de travail : salutogénique »	Pas d'info sur la méthodologie de sélection des études

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							- offrir une assurance qui couvre la santé mentale et les soins d'assuétudes chimiques - changement / gestion style de vie -conférence qui parlerait tous les ans du BO meetings sur le BO - orientation professionnelle (vocational counselling) déjà à l' école	
Fillion, L et al. (2006)..	Canada	Revue de la littérature + développement d'une intervention		Infirmières en soins palliatifs		Strategies de coping	Self-care strategies :meaning centred psychotherapy approach - coping centré sur le problème ou coping centré sur l'émotion. -pensée globale :croyance et buts importants pour qqn / pensée situationnelle : appréhension immédiate d'un événement Stratégies identifiées : - ajuster le rythme du travail - pauses de 20 min régulièrement -bonne nutrition -activités physiques régulières -intervention en groupe (support, créativité, self-care) Mais limites pour le public cible car pas de questions existentielles, récompenses et bénéfices du travail, pas spécifique pour les infirmières. Logothérapie : exploration du sens : développement : Validation par experts, phase pilote, formation des animateurs (psychologues) 5 thèmes 4 Sessions de 2.5h : présentation,	Pas d'évaluation (prévue mais pas trouvée)

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							activité, travail à domicile	
Gardiner, M et al. (2004).	Australie	Étude interventionnelle Evaluation pré-post par questionnaire auto-administré Follow up 12 semaines		MG	Groupe intervention: 85 MG Contrôle: 25 MG	Intervention: in cognitivo-comportementale de gestion du stress: 5 semaines (15h) Contrôle (15h formationde développement professionnel Mesures: - work related distress - work retaled morale - qualité de la vie professionnelle - general psychological distress (GHQ) - coping	Amélioration des mesures dans le groupe intervention à la fin de l'intervention: - GHQ (vs détérioratoion) - qualité de vie au travai (+ fort) - morale relative au travail (+ forte) 12 semaines après: se poursuit Pas d'effet de l'intervention sur le style de coping (analyse logique, support instrumental, régulation affective,	
Gorter, R et al (2001).	Pays-Bas	Etude interventionnelle 6 mois - pé-post (1mois après la fin) Evaluation par questionnaire	1998	Dentistes Exclus : - addiction à l'alcool ou substances - en psychothérapie si démotivation n'est pas le centre du problème (évalué par un psy)	N=19 (sur 171 identifiés avec scores défavorable MBI) Groupe contrôle n= 35 auto prévention/prise en charge Groupe contrôle n=31 aucune intervention	MBI Intervention : conseil individuel et en groupe, utilisant des techniques cognitives et comportementales Programme : restaurer un équilibre personnel en obtenant un aperçu sur sa propre situation et en travaillant avec un plan personnel d'action. Juin : séance individuelle d'orientation avec un conseiller en orientation professionnelle. Sept:-nov : 3 sessions de groupe de 24h (1/mois) : 1- développement d'une perspective professionnelle : 2- entreprendre avec talent, vision sur sa propre pratqiue,	Revue de la littérature : formation développement de compétence de coping, comme cognitive restructuring et les techniques de relaxation, et facilitting social support ont montré quelques effets mais problèmes méthodologiques empêches de tirer des conclusions fermes. Difficile de différencier 'risque de BO', 'en cours de BO' et 'BO' la distinction entre prévention, intervention et traitement est doc arbitraire. Prévention : personnes encore au travail à risque traitement : personne en arrêt maladie. Etude ici= prévention car dentiste au travail.	Pas programme pour lutter contre le BO mais pour restaurer équilibre vie privée/professionnelle et lutter contre la démotivation (issu de la discussion) Le groupe d'initiative personnelle fonctionne aussi Design quasi expe – pas de randomisation Impact du feed-

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
						temps de détente et développement personnel : 3- communication et action	Résultats : EE : stat sign plus bas pour les groupes intervention et auto-initiatives. D :baisse dans les 3 groupes mais non stat sign. AP : stat sign plus élevé pour les groupes intervention et auto-initiatives Barrières à participer : prend trop de temps, réticence envers sessions de groupe, contenu du programme, coûts trop élevé, trop loin.	back MBI sur les 3 groupes → instrument de prévention ? Les barrières à la participation sont intéressantes à souligner
Holt, J et al (2006).	Australie	Étude interventionnelle par questionnaire pré-post (6mois)	1999	MG	N =1458 MG →819 réponses au GHQ-12 →233 MG 'stessés' →120 gr intervention / 113 contrôles Analyses : 78/83 (certains ont participer à un programme éducatif)	Intervention : résultat du questionnaire GHQ-12 envoyé 3 mois après par la poste avec un feuille de self-help	Littérature dit que les interventions basées sur des stratégies cognitivo-comportementales sont les plus efficaces pour réduire le stress et que les interventions par courriers ont plus e change de succès si elles incorporent les résultats de modèle de changement transtheoretical : pour viser les individus qui ne sont pas encore prêt à l'action, (comme participer à un programme ou chercher de l'aide) il est utile de faire prendre conscience, éveiller l' émotionnel, et auto-évaluation. Les courriers qui contiennent des infos personnalisées dont le feed-back sont plus efficaces. Les 2 groupes ont un GHQ-12 amélioré. 62% des MG inscrits dans le groupe n'ont pas de stress	Conclut que coût efficace mais pas d'évaluation des coûts. Utile pour atteindre les MG qui ne participeraient pas à des programmes Les groupes prêchent des convertis
Kjeldmand	Suède	Étude	2002-2003	Participants à	N=9	Balint :développement	Influence du groupe sur la vie	Issu de la

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
D. (2008)		qualitative descriptive		des groupes balint depuis3 à 15 ans	Échantillon strategic 2 ans expérience	professionnel continu et réflexion entre paires : formation à mettre en pratique des principes psychodynamiques basiques avec une attention particulière sur la relation médecin3s-patients. 4-10 médecins avec 1ou 2 leaders. Rencontres régulières.	professionnelle thèmes : compétence, identité professionnelle, sens de sécurité, qui augmente en parallèle avec le processus, créant ainsi une base d'endurance et de satisfaction qui permet à son tour aux MG de redécouvrir la joie d'être médecin	discussion : Les groupes balint procure un espace important sur et confidentiel pour underburning et containing l'activité. Les médecins doivent rester libres de participer. Cette méthode demande un engagement sur le long terme et être plus considéré comme un entretien que comme une activité de développement personnel continuée. Cette méthode ne convient pas à tous et donc d'autres manière de promouvoir la réduction du stress et augmenter la satisfaction professionnelle doivent être proposées.
Krasner M.S et al. (2009)	U.S.	Etude de cohorte longitudinale, Evaluation	2007-2008	Tous les 871 médecins en soins primaires de Greater	70 médecins enrollés (taux de réponse aux questionnaires	2-factor Mindfulness Scale (15 items) MBI Jefferson Scale of Physician	Taux de participation = 10% Amélioration du MBI pour les 3 sous-catégories ; amélioration de l'empathie, du physician belief scale	Il cite un taux de B-O avoisinant les 60% chez les médecins et 50%

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
		d'une intervention de formation continue (CME)		Rochester, New York (médecins généralistes, pédiatres, internistes généralistes).	variables entre 86% pour le 1e et 73% pour le 5è)	Empathy Physician Belief Scale Mini-Markers of the Big Five Factor Structure personality scale Profile of Mood States (POMS) Intervention : 8 sem de cours de 2.5 heures et une session d'une journée entière (retraite en silence et méditation) + 1 phase de maintenance de 10 x 2.5 heure /mois Les cours sont basés sur 3 techniques : méditation mindfulness, médecine narrative et exploration des succès. Set de questionnaires : au moment de l'enregistrement, au commencement de la 1è session, à la fin de la 8è session hebdomadaire, à la fin de la 10è session mensuelle, 3 mois après la fin du programme.	et modérément du profile of mood scale. Donc, effet sur le burn-out, sur les troubles de l'humeur, sur la stabilité émotionnelle et sur les qualités centrées sur le patient (empathie). Certaines améliorations vues à court terme ne persistent pas (compassion, tension pe) d'autres se développent sur le long terme, n'étant pas encore visibles après les 8 sem (D, dépression, fatigue..) Les aptitudes cultivées semblent diminuer la réactivité des participants aux événements stressants et les aide à adopter une plus grande résilience face à l'adversité.	des étudiants en médecine dans l'intro. 70/871 médecins invités (<10%) ont participé. Les participants diffèrent des non participants (sexe, spécialité – plus de MG), lieu de pratique et années de pratique)
Kushnir, T et al (2000).	Israël	Étude transversale par questionnaire d'évaluation dune intervention (CME) sur le job stress, burnout et satisfaction au		MG+ pédiatres employés	N=183 MG (TR : 81,3%)	Education médicale continue "toutes les manières dont la pratique et et l'apprentissage d'un médecin peut être modifiée par des moyens éducatifs ou persuasifs. » Mesures : - Activités CME - opportunités de mise à jour professionnelles -job stress	Association de CME avec BO (entre autre) Femmes MG : BO plus élevé Age : + âgé, - BO Pas de lien entre CME et BO après ajustement socio demo chez les MG (mais bien chez les pédiatres) Opportunités de mise à jour sont associées à un BO moindre chez les MG Différents liens avec stress	Bo mesure ar un autre instrument… Vu le lien entre variables socio demo et BO, validité ? Suggestion : CME favorise le bien-être (même si pas de lien direct avce le BO)

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
		travail				-BO : épuisement émotionnel et physique, tension, manque d'énergie et lassitude cognitive -job satisfaction		
Lachman, V. D. (1996).		Revue de la littérature				Self-care et stress: comportement de promotion de la santé, protecteurs, préventifs, santé positive et activité de promotion de la santé	Certaines actions peuvent réduire le stress et le BO : Coping par les infirmières en oncologie :-stratégies personnelles Support social Autonomie Clarification des rôles Identification d'intervention qui ont fonctionné : Un workshop sur la prévention du BO : infirmières 5 mois de formation sur la relaxation et les techniques de réduction du stress Classe de gestion du stress, groupe de support ou contrôle.	Pas de différence entre stress et BO Pas spécifique MG Propose une combinaison de stratégies de self-care dont imagerie, la relaxation, le support social, la résolution de conflit, et les compétence de résolution de problèmes dans les organisation de soins.
Mackensie C.S et al (2006).	U.S.	Longitudinal randomized, controlled trial avec mesure au temps 0 et à 4 semaines + pratique (via un CD) de minimum 10 min/j, 5j/sem d'exercice de pleine conscience. Les sessions sont	Eté	Infirmières et aides infirmières	30 infirmières et aides infirmières provenant d'une unité de soins (complexe et de long terme) d'un grand hôpital gériatrique 16 avec MBSR et 14 dans le groupe contrôle (liste d'attente)	MBI Smith relaxation Dispositions Inventory Intrinsic Job Satisfaction subscale Satisfaction With Life Scale 13-items version of Antonvsky's Orientation to Life Questionnaire Intervention : mindfulness-based stress reduction (MBSR) raccourci 4 sessions en groupe de 30 minutes/ sem (partie didactique et partie expérimentale)	Les participants du groupe intervention avaient au départ un EE plus élevé que le groupe contrôle. 4 sem après le MBSR, les participants montrent une diminution de l'EE (alors que ce score augmente même dans le groupe contrôle. La D reste plutôt stable dans le groupe intervention, alors qu'elle augmente dans le groupe contrôle. Enfin, il y a une influence positive de l'intervention sur le PA mais sans atteindre la significativité. La relaxation et la satisfaction professionnelle semblent également	L'étude souligne la faisabilité (en été !) d'un MBSR raccourci et son potentiel en terme d'efficacité de réduction du B-O.. L'échantillon est cependant petit et l'évaluation ne porte pas sur le long terme En cherchant Mackenzie, j'ai trouvé 2 articles (Praissman 2008 et

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
		accessibles selon 6 horaires différents chaque sem.					augmentée après l'intervention.	Cohen-Katz 2004) qui survole la littérature consacrée au MBSR notamment parmi les healthcare professionals et notamment vis-à-vis du B-O. Le MBSR est cité comme diminuant le stress, augmentant le coping et améliorant l'empathie. Il semble permettre aux soignants en soins palliatifs d'être plus dans le présent. Il augmenterait aussi la satisfaction professionnelle et l'efficacité dans la pratique de soins centré sur la relation au patient, etc.
Meichenbaum, D et al (1985).	U.S.?	Description	1977	Policiers	Policiers suivant une formation en 3 phases de "stress-inoculation" 1. préparation cognitive ; 2. Acquisition	0; réaction de colère face aux situations de provocation	Pas d'évaluation	Très généraliste, pas tourné vers le B-O, ni vers les médecins ; donne juste quelques recommandations pour une formation pratique.

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
					d'aptitudes et répétition ; 3. Mise en pratique La formation est de type dialogue socratique, en groupe			
Meier, A. (2000)..	U.S.	Evaluation de la faisabilité, de mise en place, du process et de la satisfaction des participants à un groupe de soutien online par comparaison de 2 groupes	1997	Travailleurs sociaux	52 travailleurs sociaux répartis de manière aléatoire entre 2 groupes : soit soutien online pendant 10 sem, soit rien.	Occupational Stress Inventory (before and immediately after)	La mise en place de ce type de groupe est faisable mais lourde (temps, besoin de leader, difficulté de trouver une certaine homogénéité…) Pas d'effet statistique sur le degré de stress professionnel, la tension psychologique ou les ressources de coping (mais faible puissance statistique, timing un peu court …).	Pas vraiment B.O. mais groupe de soutien Comme un F-t-F mais plus accessible
Merlino, J. P. (1997).	U.S.	Réflexions d'un analyste travaillant avec un staff de soignant de personnes atteintes de SIDA	1997		Staff travaillant avec des patients sidéens		Sentiment particulier de culpabilité du survivant, particulièrement destructeur car érige des barrières à la reconnaissance de la détresse psychologique.	BOF, très spécifique SIDA
Michaels, R. M. (1996).	U.S.	Réflexions et propositions de remèdes basés sur l'expérience et l'intuition de l'auteur	1996	Médecins devenant de plus en plus souvent employés dans une HMO.	N.A.	Définition de Freudenberger	Facteurs causaux du B-O Individuels : personnalité et élément psychologiques Intrinsèques à la pratique de la médecine Extrinsèques liés à l'environnement de travail	Manque d'évaluation ; Pas centré du tout sur les médecins généralistes ; focalise surtout sur le fonctionnement dans une HMO.

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							Remèdes possibles Organisationnels Séminaires et groupes de soutien (commençant pendant les étude de médecine et se poursuivant le long de la vie professionnelle) Diversification des tâche (curatif mais aussi enseignement, recherche…) Autonomie suffisante dans la gestion des agenda, temps de travail, méthodes de travail Participation aux décisions de management (dans les HMO) Limitation de la mentalité « business » des organisations. Reconnaissance des effets adverses du shift des horaires. Promotion de moments réguliers de time off. Individuel, anti-B-O lifestyle Evaluation personnelle régulière de ces objectifs professionnels et économiques Adéquation du temps de vacances, du temps pour soi Communication régulière du stress et des frustrations à une personne de confiance (membre de la famille, pairs) Développement et maintien des centres d'intérêt Exercices réguliers Humour	A garder pour la structure et les items à vérifier en MG.
Mingote	Espagne	Réflexions sur	2004	Tout type de	N.A.		Importance des horaires de	Très peu M.G. et

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
Adan, J. C., (2004).		base de la littérature		médecins			sommeil, de loisir ; Difficulté d'intervention face à un travailleur de santé car il a peur d'être identifié comme ayant manqué à sa profession, peur d'être stigmatisé comme malade psychiatriques peur de perdre sa crédibilité …etc.	très générique au niveau des solutions.
Myerson, S. (1991).	U.K	Etude en 2 étapes : Interview Open-ended préliminaire Deux questionnaires postaux	? Fin des années 80	Médecins généralistes	Un groupe de 120 M.G. urbains	Stress en médecine générale	Les problèmes évoqués par les médecins sont : Pressions du temps et du nombre de patients Situations de confrontations Stress de l'incertitude Le fait d'être appelable Le travail de nuit Quelques exemples de coping sont donnés chaque fois Le fait d'admettre sa fatigue, d'en parler La possibilité de se créer un moment pour soi dans la journée Le fait de pouvoir s'arrêter à temps La compréhension des proches et le soutien des pairs	Donne quelques exemples de solutions créées par les M.G. eux-mêmes mais sans évaluation.
O'Dowd, T. C. (1987)..	U.K.	Réflexions	1987	General practice		Plusieurs définitions; 3 étapes de burn-out: Déséquilibre entre la demande du travail et les ressources personnelles; la réaction peut être de réorganiser sa vie Accès de colère, d'irritabilité… ; une solution serait de prendre de courte vacances, d'aller suivre un	Quelques causes évoquées de B-O. Manque de préparation à la réalité et aux frustrations (vocation, carrière, impuissance) Difficulté de faire une pause dans sa carrière Manque de soutien par les groupes de pairs	Réflexion très générales sur le B-O

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
						cours… B-O terminal, insidieux, traitement mécanique des individus ;		
Oostrom L, (2007)		Review	1990-2006			Maslach	Solutions : Gestion du stress programmes de support social Programme d screening changement des conditions de travail changement de législation, politiques de santé cible : 1-2 : ressources perso 3 : détection précoce 4-5environnement de travail (règles organisationnelles / législatives) Acteurs : 1-2 professionnels (multidisciplinarité) 3-4 managment 5- gouvernement, associations médicales 1 : but : augmenter la résistance au stress + regagner le plaisir de travailler orienter vers apprentissage : motivation à augmenter ses compétences équilibrer vie privée vie prof 3 : changer le lieu de travail et les conditions de travail 5 : meilleur récompense et support, amélioration du support administratif, promotion vers plus de control sur la prise de décision et	Reprendre tableau pour présenter les typs de solutions

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							disponibilité des ressources	
Orlowski, J. P et al (1986).	U.S.	Réflexions	1986	Personnel des services de soins intensifs pédiatriques	N.A.	Description des différentes manifestations du B-O (physiques, émotionnelles, comportementales et sociales)	Causes du B-O en ICU. Quelques pistes d'action : Support par réunion du groupe (1 h/sem ; parfois avec un psychiatre ; partage des causes de stress et des techniques de coping de chacun) Plus-values d'activités hors hôpital Style de vie adéquat : alimentation, exercice… Limitation du travail Partage des responsabilités, en équipes interdisciplinaires	Très peu applicable en M.G. Structure des manifestations du B-O ?
Ospina-Kammerer, V et al (2001).	U.S.	Réflexions	2001	Médecins de famille et les assistants sociaux de famille	N.A.	Pas de définitions mais une liste de 7 postulats : 1 le B-O est un processus, non un évènement, causé par une exposition prolongée au stress et frustations ; 2 Divers facteurs personnels et environnementaux (stressors) qui génèrent du stress peuvent être considérés comme des causes potentielles de B-O ; 3 le B-O est un concept holistique ou biopsychosocial ; 4 le B-O peut se présenter sous différents grades et peut se traduire en un continuum de problèmes, de la simple perte d'énergie à une maladie sévère ; 5 le B-O n'est pas une maladie et le modèle médical n'est pas approprié pour le comprendre et le gérer ;	Trois catégories de stresseurs : Situationnel (agenda inflexible, privation de sommeil, surcharge de travail…) Professionnel (responsabilité des soins du patient, surcharge d'information) Personnel (conflits familiaux, aspects financiers, temps libre limité) Quatre catégories de coping (active ou inactive et direct ou indirect) Active/direct (changer la source du stress, s'y confronter) Inactive/direct (ignorer la source du stress, fuir la situation stressante) Active/indirect (parle du stress à un ami) Inactive/indirect (boire de l'alcool, fumer, prendre des drogues) Quatre activités qui semblent augmenter la probabilité pur les médecins de familles et les assistants sociaux de famille, de réussir le	Le postulat 7 et les 3 catégories de stresseurs pourraient nous intéresser pour structurer le texte. Pas d'évaluation des programmes chez les professionnels de la santé (mais bien chez les employés pour le ROM)

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
						6 Les efforts de prévention du B-O doivent être individualisés, même si certaines caractéristiques sont partagées par toutes les personnes en B-O 7. Les programmes de prévention du B-O doivent se centrer sur la personne en tant que microsystème ; sur le partenaire, l'époux(se) et la famille comme mesosytème ; sur le lieu de travail et la communauté pour l'exosystème ; et sur les valeurs culturelles/sociétales pour le macrosystème.	coping face à des épisodes de B-O : Devenir conscient du problème Prendre la responsabilité de faire quelque chose vis-à-vis de ce problème Avoir une idée claire (cognitive) sur ce qui peut être changé et ce qui ne peut pas Développer de nouveaux outils de coping Deux techniques de coping à implanter lors du cursus de formation des médecins de famille et assistants sociaux de famille. R.O.M Walking medidation	
Ospina-Kammerer, V et al (2003).	U.S.	Quasi-expérimentale, pour comparer l'impact du ROM		Résidents en médecine de famille	24 résidents de pratique de médecine de famille (FRP) : entre 27 et 45 ans : 14 disponibles immédiatement et soumis à une ROM (1 réunion/sem pendant 4 sem) 10 sans rien	MBI avant et après l'intervention. Selon l'auteur, seul le MBI-EE est intéressant pour les chercheurs évaluant la ROM.	La Rom a un effet sur les scores MBI-EE Table 1. Pretest and Posttest Mean Ranking on MBI-EE Mean Ranking n / Pretest / Posttest Treatment 14 12.25 9.54 Control 10 12.85 18.65 Total 24 Des techniques de réduction du stress devraient être intégrées dans le curriculum des FRP.	Constat d'un manque d'étude sur le B-O des résidents en médecine de famille; manque aussi de mesures standards qui permettent d'identifier le stress des résidents de M.G. Pas d'argument justifiant le fait de ne s'intéresser qu'au volet EE du MBI
Palhares-	Brésil	Interview	Mai 2002-	247 médecins	192 médecins	ICD-10	Les diagnostics principaux sont : la	Tous médecins, pas

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
Alves, H. N., et al (2007)		semi-structuré (et critères ICD-10 pour les diagnostic) des médecins faisant appel à un service de soutien psychiatrique clinique, accessible par e-mail et téléphone	mai 2006	ayant fait appel au réseau	ayant effectué la 1e interview	Intervention : service de soutien psychiatrique clinique, accessible par e-mail et téléphone et fonctionnant comme suit : 1er contact avec une secrétaire qui fixe un rendez-vous dans les 24-72 h avec un psychiatre Après 1 mois, référence à un réseau de 25 psychiatres pour le traitement Evaluation régulière par téléphone pour connaître l'évolution du cas	dépendance à l'alcool/drogue concomitant avec un trouble mental (67,7%) ; la dépendance à l'alcool/drogue seule (20,8%) ; les troubles mentaux (7.8%) et le B-O (4,2%) La recherche spontanée d'aide concerne 52% des cas, suivi de la famille (32%) et des pairs (16%). Les auteurs soulignent l'importance du problème, de sa prévention et d'une meilleure instruction dans les écoles médicales. Aucune résistance de la population concernée par le réseau n'a été soulignée.	M.G. Dans l'intro, les conditions à respecter d'un service d'aide sont évoquées et pourrait nous intéresser (accès au traitement, confidentialité, diversité, qualité, aspect préventif…) L'auteur y parle aussi des caractéristiques des médecins (travail de manière indépendante, avec une attitude de contrôle qui donne la fausse impression qu'ils peuvent prendre soin d'eux-mêmes et savent ce qu'ils font; une culture médicale qui valorise l'indépendance, la self-efficacité, la compétitivité ; la stigmatisation de ceux qui ont un trouble mental et la perte du respect des pairs et des patients ; self-

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
								négligence et procrastination….
Paquet, M. (1995).	Québec	Réflexions	1995	Personnes soutien de personnes âgées dépendantes	N.A.	Epuisement des personnes-soutien	Dans le vécu, prendre en compte le versant positif et pas seulement la charge, le stress, le fardeau. Pour arriver à prévenir l'épuisement physique et psychologique, il faut : S'assurer d'une plus grande connaissance des besoins singuliers Veiller à ce que les services soient disponibles pour répondre à ces besoins Explorer la réticence des personnes-soutien vis-à-vis de l'utilisation des services officiels.	Peu d'actions concrètes et population visée très spécifique
Patrick, P. K. (1987).	U.S.	Réflexions	1987	Soignants en hospice (fin de vie)	N.A.	Deux manières d'auto-évaluation sont proposées : SIEPSA (Social/Interpersonal, Emotional, Physical, Spiritual Assessment) SSAG (Support System Grid)	Nécessité d'une auto-préservation composée de 2 éléments : Une manière de penser sur comment optimiser nos propres ressources Des activités cohérentes avec cette manière de penser La promotion de l'auto-préservation passe par l'engagement, le fait d'être proactif, de lever les résistances au changement, , d'être systématique . Plusieurs stratégies de préservation sont proposées : Au niveau physique (Fitness ; Relaxation ; Nutrition ; Contrôle de certaines habitudes de vie) Au niveau psychologique/Emotionnel (système de soutien personnel ; un groupe de soutien ; des stratégies de récréation) Au niveau spirituel	Les médecins ne sont pas compris dans la définition données des soignants. L'article donne une structure aux stratégies possibles mais aucune évaluation de celles-ci n'est évoquée.

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							Au bout du compte, les soignants ont besoin d'un soignant !	
Pipe, T. B., et al (2009)..	U.S.	Longitudinal randomized, controlled trial avec mesure au temps 0 et à 4 semaines		Infirmières	33 infirmières ayant une position de leadership et provenant d'un système de soins de santé du sud-ouest des U.S. 16 avec méditation (5 sessions de 2 heures + 30 min/j de pratique); 17 contrôle avec 5 session de 2 heures abordant le stress et les stratégies de leadership.	Le Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) et le Caring Efficacy Scale Intervention = mindfulness-based stress reduction (MBSR) utilisée au départ pour renforcer les attitudes de coping des malades chroniques et diminuer les symptômes de stress. Le programme traditionnel dure 8 sem, 1h/j de méditation + 2 h/sem de cours. Ici le programme est condensé.	Il était prévu de faire une mesure après 1 an mais vu le haut niveau de stress, anxiété et dépression dans le groupe contrôle, il a été décidé de ne pas attendre avant de leur proposer le MBSR. Les scores significativement améliorés après les 4 sem de MBSR sont au nombre de 6/14 (obsession-compulsion ; anxiété ; anxiété phobique ; psychose ; Index global de sévérité ; Index positif de symptômes de détresse cfr tableau 3). Le caring efficacy augmente dans les 2 groupes. La fréquentation fut élevée dans les 2 groupes est élevé puisque 11/15 (73%) et 16/17 (94%) participants ont suivi au moins 3 des 4 sessions.	Réf 25 : Mackensie 2006 Un programme moins lourd est certainement intéressant mais cela est-il applicable en M.G. ?
Ratliff, N. (1988).	U.S.	Revue de la littérature		Professions d'aide	N.A.		Facteurs de B-O Facteurs professionnels Absence de critères mesurant un bon travail ; manque de sentiment d'efficacité (en cas de non succès thérapeutique p.e ;) Demande et charge émotionnelles liées au travail Caractéristiques personnelles du travailleurs Orientation centrée sur la personne (avec risque de relation asymétrique) Facteurs	En conclusion, il faudrait apprendre aux professionnels à être conscients de leurs signes de stress et les aider à développer des mécanismes appropriés de coping (individuels et environnementaux).

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							Facteurs liés à l'environnement organisationnel (charge de travail ; priorités institutionnelles tournées vers l'administratif, le financier, la bureaucratie ; manque de leadership, de supervision ; manque de formation spécifique ; absence d'un sentiment d'impact et de contrôle ; manque d'interaction sociale et de soutien parmi le staff ; clients difficiles ; charge administrative. Facteurs individuels = personne avec anxiété névrotique Ayant des buts irréalistes et se punissant s'il ne les atteint pas (quelques exemples d'attentes irréalistes sont donnés dans le texte) Instable émotionnellement et anormalement effrayé par de nouvelles situations Impulsif et manquant de persévérance Excessivement concerné par l'opinion des autres Self-estime basse Concernant la souplesse vs rigidité de caractère, la première favorise le stress par la difficulté de dire non mais permet de mieux coper si c'est nécessaire. Facteurs sociétaux Urbanisation et déclin des systèmes de soutien traditionnel Manque de confiance dans le système de santé mentale Attente irréaliste du public	

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							notamment suite au portrait donné par les média Mythe de la profession (compétence=reconnaissance ; autonomie professionnel ; travail intéressant et stimulant ; clients coopératifs et reconnaissants ; relations positives avec les collègues) Différence entre hommes et femmes notées dans une étude Prévention Il ne faut pas espérer prévenir le burn out (c'est virtuellement impossible) mais il faut apprendre à composer avec lui, voire le tourner en avantage (en s'en servant pour sortir d'une ornière !) Enrichissement personnel (temps libre, activités récréationnelles, sociales, séparation job-maison avec période de relaxation entre les 2, jogging, musique, méditation, marche… et support social des proches) Approche cognitive de coping (comme de développer des buts réalistes, se centrer sur le processus plutôt que sur les résultats…) Philosophie de vie et conscience de soi (auto-évaluation des sources de stress, des comportements de coping, des effets du stress et des interactions avec les clients ; accepter l'aide d'autres, faire de l'humour, trouver une source de	

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							spiritualité…) Interventions des institutions (formation, time off, support social dans le staff…)	
Ro E.I, (2008)	Norvège	Etude de cohorte longitudinale, Evaluation d'une intervention de conseil. Comparaison avec un échantillon de médecins norvègiens	Août 2003-juillet 2005	242 médecins venant à la Villa Sana pour une intervention de conseil 187 médecins pour les session s d'un jour et 40 pour les session d'une semaine	227 médecins soit 94% des 242 éligibles dont 185 (81%) avec questionnaire de follow-up complété.	MBI (référence aux 2 dernières sem de travail) Mesure de la Détresse Mentale par Hopkins symptom checklist Cooper Job stress questionnaire de 17 item Congés de maladie, traitement, heures de travail Intervention : approche intégrative (psychodynamique, cognitive, éducationnel-le, motivation-nelle) Soit session d'un jour : 6 à 7 heures avec un psychiatre ou un spécialiste en santé au travail Soit session d'une sem (cfr nurse) Mesure : auto-évaluation 4 sem avant l'entrée à la Villa Sana, 3 sem après et 53 sem après l'intervention.	Le degré de B-O (EE), la détresse mentale et le job stress sont significativement plus bas après un an par rapport à la mesure de base. La proportion de médecins suivant une psychothérapie passe de 20% à 53%. Il y a une diminution de la proportion des médecins en congé maladie temps plein. Après ajustement pour le sexe, l'âge, les dimensions de personnalité (névrose, introversion) , la réduction du EE est associée avec une réduction des heures de travail. Le niveau de EE atteint après un an est équivalent à celui des médecins norvégiens tout venant (autour de 2.5)	TRES INTERESSANT
Ro K.E, (2007)	Norvège	Description de la cohorte de médecins arrivant à la villa sana Description plus précise de l'intervention	id	id	N.A	id	La proportion de MG est significativement plus élevée dans la population de la Villa Sana que dans la population générale des médecins de Norvège. Cela indique que les GP norvégiens sont plus sensibles au stress que les autres spécialistes. D'autres pays ont fait le même constat (3 références citées) 45% des médecins viennent de leur	TRES INTERESSANT Le programme semble bien touché les médecins ayant des problèmes de B-O ou du moins de EE..

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							propre initiative, 37% poussé par un collègue, 10% référés, 6% poussé par leur partenaire et 2% pour d'autres raisons. Les raisons sont l'épuisement (plus pour les femmes que les hommes), la santé, la qualité de vie, les raisons privées (surtout pour les hommes). 39% des médecins arrivant à la Villa Sana ont un contact avec un GP et 20% sont en thérapie avec un psychologue ou un psychiatre. Les médecins arrivants ont un degré significativement plus élevé de EE (49% vs 25%), de dépression et d'anxiété, de job stress et de pensées suicidaires (21% vs 10%) par rapport aux médecins norvégiens. Ils ne diffèrent pas au niveau de l'empathie ou de la capacité de travail.	
Ro, K. E., et al (2010).	Norvège	Evaluation d'une intervention de prévention du B-O. :	Août 2004-Juillet 2006	Infirmières venant à la Villa Sana pour une intervention de prévention	172/189 (91%) des infirmières éligibles (5 hommes)	MBI (référence aux 2 dernières sem de travail) Raisons de leur demande d'aide, événements de vie des derniers 12 mois, congés maladie, conflit, traitement, nbre d'heures de travail, réduction du temps de travail Intervention : programme de 5 jours de cours à la Villa Sana : basé sur la théorie cognitive et concentré sur le potentiel de changement ; apprentissage de la pleine conscience et d'autres	83% rapportent des problèmes concernant leur santé et qualité de vie et 75% de la fatigue/B-O. Une diminution significative du EE est notée 57 sem après l'intervention (de 2.87 (SD 0.79) à 2.52 (SD 0.78). Cela correspond au passage de 40% à 26% de personne au dessus du seuil de EE. Le conflit au travail et les congés maladie durant le follow-up sont associés négativement avec la réduction de l'EE.	Réf 8, Ro Cite aussi 4 reviews concernant 9 interventions visant le burnout (mais aux nombreuses limites) L'expérience semble positive mais ne règle pas tout (exemple conflit au travail). Les auteurs soulignent que le B-O doit être régler

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
						exercices de relaxation ; activités physiques ; conférences quotidiennes (ressource et courage pour la vie, équilibre travail-vie privée, … prévention du B-O) ; partage d'expériences personnelles ; session individuelle de conseil ; programme culturel ; repas ensemble		dans l'interface entre l'individu et le lieu de travail.
Rosch, P. J. (1987).	U.S.	Réflexions	1987	Médecins	N.A.	Stress professionnel et non pas B-O	Description des causes générales de stress chez les médecins (moins d'indépendance, plus de contrôle, moins d'estime des patients, etc.) et impact de l'école de médecine (encadré !) Description des premiers signes d'un stress négatif (indécision, négligence, désorganisation, consommation d'alcool, de médicament, de drogues..) Quelques conseils pour réduire la pression, le stress (15-20 min/j réservé à se relaxer, méditation, exercices de relaxation, exercices phys…)	Pas d'évaluation de ce qui est proposé. Vue d'ensemble de la pression à laquelle les médecins sont confrontés. Cite un Centre pour le bien-être des professionnels de la santé en Caroline du Nord.
Rout, U. (1999).	U.K.	Etude par questionnaires	1997	900 MG et autres professionnels en soins primaires, région Nord Ouest	587 (65,2%) questionnaires rentrés parmi lesquels 205 proviennent de MG.	Job stress questionnaire Job satisfaction (Warr) Mental wellbeing (Crown & Crisp) Type A behaviours (Bortner version adapted) Health behaviours (alcool, tabac, Ways of coping checklist	Les 6 stresseurs les plus importants (tant pour les hommes que les femmes MG) : pression du temps, demande croissante des patients, trop de chose à faire, horaire asocial, interruptions, division du temps entre le travail et la maison. Un facteur est particulièrement ressenti comme stressant par les	L'étude montre plus de similarité entre les 2 sexes que de différences. Les auteurs précisent que l'échantillon étant petit, il faut prendre les résultats avec

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							femmes : les problèmes avec les patients co le harcèlement sexuel, les problèmes de langage ou les préjudices raciaux de la part des patients) Les MG interrogés sont relativement satisfaits par certains aspects de leur job (sécurité, compagnons de travail, conditions physique de travail, prise en compte de leur suggestion). Ils sont moins satisfait par les heures de travail, le payement et la quantité de travail qu'ils effectuent. Les MG hommes présentent un pauvre degré de santé mentale en termes d'anxiété et de dépression par rapport à la population male britannique au contraire des femmes MG. En termes de coping, les hommes sont pratiquement plus l'évitement et les femmes le fait de parler et la recherche d'un support social.	prudence
Ruotsalainen J et al (2008)	Finlande	Revue systématique + meta analyse	→ 2005		N=19 (14 RCT)	Différentes mesures dont MBI	Interventions orientées vers la personne peuvent réduire EE et le manque d'AP. Les interventions visant l'interface privé-professionnelles peuvent réduire la D	Pas seulement MG : health care workers.
Schattner, P. (1998)	Australie	Réflexions	1998	Médecins généralistes	N.A.		10% de MG semblent rapporter un sévère stress professionnel. Les stratégies de coping les plus souvent évoquées par les MG pour gérer le stress professionnel sont : Parler des évènement stressant avec	Définition du stress, du B-O pour le MG. TRES INTERESSANT mais aucune

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							la famille et les amis ; Exercices, Hobby Les MG semblent préférer de ne pas chercher l'avis d'un tiers. La recherche d'un avis professionnel est la stratégie de coping la moins fréquemment utilisée. Aucune différence selon le sexe n'a été trouvée pour 11/20 stratégies de coping. Les hommes semblent prendre plus souvent un time off work, ils s'investissent plus dans la prise de décision dans la pratique et fume plus souvent que les femmes. Les femmes semblent plus à même de prier, de chercher un avis ; d'apprendre de nouvelles aptitudes, de parler des évènements stressant avec les collègues ou avec la famille et les amis. Les femmes semblent donc plus communicante et les hommes plus croyant en leur capacité à gérer leurs difficultés eux-mêmes.	description de la méthodologie des classifications. Proposition de plusieurs pistes d'action : Techniques de résolution des problèmes (discussion avec pairs, famille) Techniques de gestion du stress (relaxation, yoga, tai chi) Promotion des comportement de recherche d'aide Services de soutien face au stress (basé sur la charte d'Ottawa) Sans parler de solutions politiques (changement structurel, lourdeur administrative, rémunération, litige) Et surtout ne pas blâmer !!!
Schaufeli, W. B. (1995)	Pays-Bas	Etude de cohorte longitudinale,		Infirmières communautaires travaillant dans	122/148 (76%) infirmières ayant assisté aux 13	MBI Tedium mesure Psychological strain	Plusieurs références dans l'intro d'interventions (West 1984 ; Higgins 1986, Bryce 1983) et conclusion de	Pour diminuer le biais de sélection, l'invitation aux

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
		Evaluation d'une intervention en atelier.		la province Hollande du Nord.	ateliers de 3 jours sur le B-O	Somatic complaints Reactivity Intervention : 13 ateliers de 3 jours et 2 soirs, intégrant une formation en relaxation, management didactique du stress, management cognitif du stress, formation en aptitudes interpersonnel et renforcement d'un rôle professionnel plus réaliste. Questionnaire au départ et après 1 mois.	ces études allant dans le sens que l'épuisement (le core symptom of B-O) peut être réduit par la formation des professionnels sur les aptitudes de coping particulières, co des techniques de relaxation et une restructuration cognitive. Par contre, fournir un support social ne semble pas avoir un impact positif sur le degré de B-O selon ces études. Le degré de B-O de l'échantillon est relativement bas par rapport à 2 groupes de comparaison. 64 (42%) des infirmières ont rempli le questionnaire après 1 mois. Après 1 mois, on observe une diminution du score de EE, du Tedium, de la tension psychologique et des plaintes somatiques mais pas d'effet sur la D et le PA. Les infirmières hautement réactives ont au départ un plus haut degré de symptômes de B-O (surtout épuisement et tedium) et aucun changement n'est observé après les ateliers Enfin, les infirmières ayant au départ une réactivité basse (et donc une plus grande résistance au stress) bénéficient le plus des ateliers (diminution des symptômes d'épuisement et de tension psychologique).	ateliers n'évoquaient pas le B-O mais comment mieux se sentir dans son job. Vu le relativement faible degré de B-O des infirmières de l'échantillon, cela n'a peut-être pas suffit pour diminuer ce biais. Pas de groupe contrôle comme prévu au départ par réorganisation de la structure d'où provenait ce groupe ; Pas de définition claire de ce qu'est une réactive élevée et une basse.
Schiederma yer, D. L et	U.S.	Réflexions	1992	Médecins (on parle de primary	N.A.	10 questions :	Pour les médecins, le stress commence avant les études de	Très général

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
al (1992).				care dans le titre mais cela ne se retrouve pas dans le texte)		1. Do you drink alcohol, smoke cigarettes, or eat more than is normal for you? 2. Do you have insomnia? 3. Have you become cynical about the "system," always finding fault with the way things are? 4. Have you found yourself "taking it out" on your spouse or family members? 5. Have you been dwelling on the amount of money you have amassed or the amount you are making? 6. Are you scheduling more and more vacation periods as avoidance of work? 7. Are you dragging at work, dreading the patient encounter? 8. Have you lost the intrigue with medicine? 9. Are you given to tears or uncontrolled tantrums lately? 10. Have you strongly considered leaving medicine for another career lately? A "yes" response to 5 of the 10 questions above would place you in the at-risk category for burnout. If you answered "yes" to 6 or more questions your burnout has reached a critical level.	médecine, est aggravé par les études (rivalité, compétition, sommeil négligé, pauvre temps de loisir…) et la résidence, puis continue pendant la pratique (pression externe administrative et économique…) 12 solutions sont proposées/ : Reconnaître être à risque de B-O. Incorporer des valeurs saines dans la pratique (respect du patient, vulnérabilité, incertitudes...) Changer l'environnement et la planification du travail Renouer avec les aspects spirituels Faire de l'exercice. Recevoir un biofeedback (?) Réguler le régime alimentaire, la consommation d'alcool, de caféine ; éliminer le tabac. Augmenter le repos et le sommeil Développer un support social (mais cela prend du temps) Avoir accès à un support médical Recevoir un counseling professionnel Rire	
Shanafelt, T. D. (2009)	U.S.	Réflexions/ Editorial	2009	Médecins	NA	Définition intéressante du B-O, plus pratique (perte d'enthousiasme pour le travail (EE), considération des personnes comme si c'était des objets (D), sentiment que le travail n'a pas de sens (PA).	Rappel de facteurs qui contribuent au B-O des médecins (perte d'autonomie, diminution du contrôle sur l'environnement de la pratique, utilisation inefficiente du temps, surcharge de travail, privation de sommeil…) Une multitude de méthodes peut être utilisée pour identifier leurs valeurs et réduire leur stress (co	Réf 15, Krasner

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							évoquer une expérience en groupe). Des études qualitative suggèrent que les médecins trouvent leur satisfaction professionnelle premièrement dans la relation avec le patient, la relation avec les collègues et la récompense jour après jour de la pratique (comme la stimulation intellectuelle). Enfin, certaines études tendent d'estimer l'impact de l'amélioration du bien-être des médecins sur la qualité des soins (diminution des erreurs médicales, mauvaises pratiques p.e)	
Stevens, W. D. (1984)..	U.S.	Réflexions	1984	Infirmières, médecins, dentistes, policiers travailleurs sociaux...		3 étapes du B-O : alarme, résistance ou adaptation et épuisement.	Causes du B-O Choisir de ne pas mettre de limites Choisir de ne pas prêter attention à ses propres désirs et besoins Choisir de ne pas communiquer ses sentiments Choisir de s'isoler physiquement et émotionnellement Choisir de ne pas reconnaître son pouvoir Choisir d'ignorer les attentions positives d'autres Choisir de devenir « surinvesti » Choisir de ne pas apprendre des aptitudes de communication Choisir de ne pas être capable de vivre avec les zones grises de l'existence Stratégies pour prévenir le B-O Il n'y a pas une seule bonne stratégie mais plusieurs possibles à choisir en	Donne un rappel des signes physiques, de performance et émotionnel du B-O. Très tourné vers l'individu, très intéressant

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							fonction de ce qui donne un sens Physiques (exercice, nutrition, relaxation) Relationnelles (contact régulier avec un système de soutien par les pairs, réexamination de ses relations, résolution de conflit, penser à soi d'abord) D'acquisition d'aptitudes (communication, assertivité, résolution de conflit, gestion du temps) En prenant soin de soi…	
Sydenham, G. (1990).	Canada	Réflexions	1990	Physiothérapiste	N.A.		Un mécanisme potentiel reliant l'idéalisme et le B-O en physiothérapie est le développement et l'implémentation de mentorship et sponsorship à tous les niveaux de la formation et de l'emploi. Mentoring : quand un senior en termes d'âge et d'expériences offre des informations, avis et support émotionnel à un junior dans une relation inscrite dans la durée et marquée par un investissement émotionnel substantiel des 2 parties. Une relation entre pairs (ou avec un boss ou des subordonnés) peut être une alternative au mentorship	Manque une page Aucune évaluation
Truchot, D. (2009).	France	Etude transversale par questionnaire postal		Médecins généralistes	498 Médecins généralistes d'une région administrative française	BU en français selon Maslach : « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel	Taux de réponse = 52% (259/498) Les heures travaillées sont associées uniquement à l'épuisement émotionnel, ce qui confirme que cette dimension du burn-out est la plus sensible aux stresseurs	Le sens de la causalité peut être posé mais des études longitudinales montrent

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
						qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » Le AP serait plus une caractéristique personnelle et non un aspect du BU. MBI, validée en français par Dion	professionnels. 43.2% ont un EE élevé (voire 47.9%) 33% ont un score élevé de D (voire 40%) 30% (voire 37%) ont un AP réduit Seuls 27,4% perçoivent leurs relations avec les patients comme équilibrées ; 52,4% se perçoivent sous-bénéficiaires ; 20,2 surbénéficiaires. L'inéquité influence l'EE et la D. En situation de sous-bénéfice, les individus qui ont une orientation communautaire élevée ne souffrent pas plus de BU que leurs collègues des autres groupes, mais si l'orientation communautaire est faible, leur score d'EE s'élève significativement. Si l'on a beaucoup insisté sur la charge de travail (volume horaire important, charge admin, etc.) comme source de stress chez les GP, une des pistes pour prévenir ou enrayer leur burn-out se situe au niveau de l'équilibre relationnel (ou de l'attente d'équilibre) dans la relation avec les patients. Les programmes d'intervention visant la restauration cognitive de la perception de l'équité offrent des perspectives de remédiation	aujourd'hui que c'est bien l'équité perçue qui accroît le B-O et non le contraire.
Wadsworth, N. S et al (1986).	U.S.	Etude par questionnaire	1984	Infirmières managers		Liste de médiateurs organisationnel de stress Intervention : Phase 1 :	Les participants ont évalué les ateliers de manière positive et les managers ont utilisés leur apprentissage en pratique.	Atelier intéressant mais peu évalué ; Enquête peu intéressante car

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
						Ateliers de gestion du stress (2 jours entier et 1 j tous les 3 mois) offrant la possibilité de : Explorer ce qu'est le stress, d'où il vient et ce qu'il peut entraîner Diagnostiquer les sources et degrés de stress Analyser les réponses individuelles de chacun au stress Développer un plan personnel d'actions pour améliorer la gestion du stress Discuter de l'impact du stress professionnel pour chacun et leurs subordonnés Petits groupes pour favoriser l'interaction et le support par les pairs. Self-test et exercices structurés de simulation pour augmenter l'apprentissage des participants. Phase 2 : enquête pour déterminer l'efficacité perçue des mediators de stress déjà en place	L'enquête a eu lieu dans un contexte de changement organisationnel. Les scores de stress épisodique relié au travail sont élevés. Les scores de stress chronique sont plus bas que les précédents. Quelques pistes sont évoquées : développer un système de communication two-way clarifier les rôles et les attentes en matière de performance promouvoir la résolution rapide et constructive des conflits faire en sorte que les leaders soient familiariser avec les subordonnés et leur travail	très spécifique à un groupe et un contexte. Peut-être utile pour les médecins de maisons médicales ?
Wardle, M. G et al (1999).	U.S.	Réflexions	1999	Infirmières	N.A.		Les stratégies pour gérer le stress sont: Développer une compréhension cognitive du rôle que le stress joue dans la vie Apprendre des aptitudes de coping spécifiques Travailler avec des pensées et un	Très général

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
							feeling positif face aux situations de stress professionnel. Apprendre à déléguer, décélérer et dire non peut aussi être utile..	
Wells-Federman, C. L. (1996)	U.S.	Réflexions	1996	Infirmières	N.A.		La guérison est une capacité intrinsèque du patient. Les infirmières aident, éduquent… Se préoccuper de soi (au niveau physique, émotionnel, mental, existentiel et spirituel) est indispensable si on veut avoir les capacités de compassion et contribuer au bien-être de tous. Quelques étapes sont proposées : Clarifier les valeurs et croyances Se fixer des buts réalistes Mettre en question la conviction que les autres doivent toujours passer en premier Apprendre à gérer le stress (reconnaitre la connexion corps-esprit et les multiples effets du stress; répondre par la relaxation ; développer la capacité d'une présence personnelle selon quelques pistes évoquées ; prendre soin de son corps ; développer un réseau de soutien)	L'auteur prône un changement de culture, à entamer dès les études
Winefield, H et al (1998).	Australie	Evaluation de l'efficacité d'une intervention de réduction du stress professionnel Questionnaire		Femmes médecins généralistes	20 femmes généralistes (6 à temps-plein 2 salariées, etc.)	Déf de Maslach MBI Degré de détresse psychologique (General Health Questionnaire Golberg) Satisfaction professionnelle (Warr) Support social	Dans l'intro : Dans le passé, les aspects négatifs du travail médical étaient contrebalancés par des points positifs (grand prestige social, revenus, valeur sociale, job intéressant et haut degré d'autonomie). Récemment, cette autonomie a été réduite par	Biais de sélection et absence de groupe contrôle Les auteurs suggèrent que pour réduire les stresseurs purement

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
		postal d'évaluation 4 semaines après le dernier séminaire				Questionnaires d'évaluation de la satisfaction des ateliers Intervention : séminaires en groupe, centrés sur l'apprentissage et la recherche de solution, avec participation active des participants. 3 séminaires de 6-9 H du soir	l'ingérence, gouvernementale et bureaucratique. Les sources de stress varient selon les caractéristiques régionales ou les pays mais on peut les synthétiser en : Dans la consultation : patient difficile, souffrance et mort Interpersonnel : long horaire, conflit avec partenaire et spécialiste, tension familiale Organisationnel : interférence bureaucratique, manque de perspective de carrière, bas revenu. Chez les femmes médecins, le conflit famille-travail, les interruption de carrière, le sexisme, le manque de mentor senior féminin sont particuliers. Au départ, les femmes de l'échantillon montrent une détresse psychologique, un EE élevé et un support social insuffisant. Par contre, le PA est élevé (satisfaction professionnelle élevée) L'évaluation 4 sem après l'intervention montre une diminution significative de la détresse psychologique et de l'EE qui étaient tous 2 élevés au départ. A noter que l'amélioration de la détresse psychologique concerne particulièrement des femmes ayant un stress domestique.	professionnels, un programme plus intense ou un programme qui fixe des changements d'environnement dans son agenda est sans doute requis !.
Zunz SJ 1998	U.S.	Etude transversale	1996	Managers	180 managers au travers de l'Etat	MBI 5 facteurs socio-	Taux de réponse (116/180) = 64% mais 101 questionnaires utilisables	Quelques suggestions très

Auteur, Date	Pays	Design	Moment étude	Population	Echantillon	Définition / mesure du burnout / intervention	Résultats	Commentaires
		par questionnaires auto-administrés			du New Hampshire, non aléatoire, stratifié pour être le plus représentatif possible	environnemental de protection (il en existe aussi au niveau individuel et familial mais non vus ici): Support social (4 indicateurs) Capacités à résoudre les problèmes Sens de la mission professionnelle Reconnaissance par un tiers d'un talent ou d'une capacité Sens de l'auto-efficacité	car non managers. L'échantillon a un score plus élevé de EE, plus bas de D et considérablement plus haut de PA. Les facteurs de protections (excepté la capacité à résoudre les problèmes car non analysable) sont inversement liés à l'EE et D et positivement corrélé au PA.	générale pour prévenir le B-O

1.3 RESULTATEN TABELLEN

Tabel 1. Persoonlijke factoren: sociaaldemografische eigenschappen, persoonlijkheid en psychologische eigenschappen

Factoren	Burnout	EU	D	GPV
sociaaldemografisch				
Geslacht	😐[1-4] M : ☹[5] Matig tot hoog[6] V : ☹[7]	V[8] 😐[9]	😐[8] M : ☹[9, 10]*	
Leeftijd	😐[8] Matig :40-55 Jaren : ☹[6] Jeugd : ☹[5, 7]	😐[9] Hoogste : ☹[11]	😐[8] ☹*[10]	
Burgerlijke staat –koppel		😐[9]		☺[12]
Aantal kinderen/ ouderschap	😐[8]	☺*[10]	☺*[10]	
Hoofdinkomen in het huishouden	Matig tot hoog : ☹[6]			
Religiositeit/geloof	Minder : ☹*[13]			
Amerikaanse cultuur		☹*[10]	☹*[10]	
Professionele carrière				
post-graduaat		☹[11]		
anciënniteit		😐[9]		☺ (onrechtstreeks))[14]
Psychologische nood				
GHQ-12 : GHQ-28	☹[9]	☹[1, 9, 15]*	☹[1] ☹[15]*	☺[15]*
Gedrag en omgaan met stress				
Gebruik van alcohol en psychotropen	☹[5, 16]	☹[8, 14, 17]	☹[8]	
Gebruik van ziekteverlof	☹[5]			
Actieve coping			V : ☺[18] M : ☹[189]	
Vermijdingsgedrag/het ontlopen		☹[17]	V : ☹[18] M : ☺[18]	
Sociale steun				
Sociale steun			M : ☺[18]	M : ☹[18]
Huwelijksleven				
Ondersteuning van de echtgenoot-arts	☺[2]			
Echtelijke onvrede	☹*[13]			

EU: emotionele uitputting D: depersonalisatie GPV: gebrek aan persoonlijke verwezenlijking
☺: beschermingsfactor 😐: geen associatie ☹: negatief geassocieerde factor
*: toekomststudie
M: Man V: Vrouw

Tabel 1 (vervolg): Persoonlijke factoren: sociaaldemografische eigenschappen, persoonlijkheid en psychologische eigenschappen

Factoren	Burnout	EU	D	GPV
Emoties/erkentenis/voldoening				
Gevoel van professionnele voldoening	laag: ☹[13] *[5, 16]	☺[12] laag: ☹[1, 3, 11]	laag: ☹[1, 3]	laag: ☺[1, 3]
Zich goed voorbereid voelen			☺[12]	☹[12]
Gevoel van doeltreffendheid		☺[12]	☺[12]	☹[12]
Wens om overplaatsing	☹[5, 16]	☹[8]	☹[8]☹[11]	☺[8]
Psychologische factoren/persoonlijkheidskenmerken				
Ongeduld		☹ (onrechtstreeks)[14]		
Betrokkenheid in het werk	😐[2]	☹ (onrechtstreeks)[14]		
Uiting van zijn emoties				☺[14]
Voorbijgaande psychologische verwarring		☹[17]		
Angst	☹*[13]	☹[17]		
Smatisering		☹[17]		
Dysthymie		☹[17]		
Obsessieve zorgen	☹*[13]			
In zichzelf gekeerd zijn	☹*[13]			
Gevoel van ontoereikendheid	☹*[13]			
Passive agressieve persoonlijkheid	☹*[13]	☹[17]		
Hoogmoed	Laag : ☹*[13]			
Antisociale persoonlijkheid		☹[17]		
Onzelfstandige persoonlijkheid		☹[17]		☺[17]
Schizoïde persoon/ borderline-persoonlijkheid		☹[17]		☺[17]
Psychotische gedachten / dépressie		☹[17]		
Suïcidale ideeënvorming		☹[8]	😐[8]	
Twijfel over professioneel succes	M>V : ☹[2]			
Carrièreprofiel: carrièrejager			☹[19]	
Carrièreprofiel:zelfinvesteerder				☹[19]
Perfectionisme		☹[18]		

EU: emotionele uitputting D: depersonalisatie GPV: gebrek aan persoonlijke verwezenlijking
☺: beschermingsfactor 😐: geen associatie ☹: negatief geassocieerde factor
*: toekomststudie
M: Man V: Vrouw

Geen enkele associatie: gevoel van belemmering van de carrière van zijn/haar echtgeno(o)t(e)[2], nood aan slagen, dominantie[2]

Tabel 2. Factoren die intrinsiek zijn aan de beoefening van de geneeskunde

Factoren	Burnout	EU	D	GPV
Factoren met betrekking tot de patiënt				
Veeleisendheid van de patiënten	☹[8] / BO hoog : ☹[6]			
Irrealistische eisen van de patiënten		☹[12]	☹[12]	
Zorgen over eisen en klachten van patiënten			☹[12]	
Gevoel dat zijn kennis en gezag in vraag wordt gesteld			☹[12]	
Ongerustheid in de relatie met de patiënten		☹[20, 21]*	☹[20]	
Consultaties per telefoon	😐[6]			
Factoren met betrekking tot de zorg				
Onzekerheid ove rmedische zorg	BO hoog: ☹[6]			
Angst om medische fouten te maken	😐[6]			
Medische urgenties	😐[6]			
Soort werk	☹[5]			
Verzorgen van terminale patiënten	😐[6]	☹[12]		
Beroepsstress				
Vastgestelde stress	BO matig tot hoog: ☹[6] ☹[14]			
Job demands		☹*[18]		
Job resources			☹*[18]	☺*[18]
Mentale last die de verhoogde werkdruk met zich meebrengt		☹[12]		
Ruime beslissingsvrijheid				☺[12]

EU: emotionele uitputting D: depersonalisatie MAP: gebrek aan persoonlijke verwezenlijking

☺: beschermingsfactor 😐: geen associatie ☹: negatief geassocieerde factor

Tabel 3. Extrinsieke factoren in verband met de werkomgeving, de organisatie

Factoren	Burnout	EU	D	GPV
werkdruk				
Globale werklast	☹[8]/ Hoog : ☹[6] 😐[5]	☹*[18, 20]		
Werklast in aantal medische prestaties		☹[8]	☹[8]	
Werklast in aantal uren	Matig tot hoog : ☹[6]	☹[8, 12, 22]	☹[8, 22]	
Nachtwacht/wachtdienst tijdens de nacht	😐[5]		☹[11]	
Wachtdienst tijdens de week		☹[11]		
Werk tijdens het week-end	☹[16]😐[5]			
Onevenwicht tussen privéleven en professioneel leven	Hoog : ☹[6] 😐[2]	☹*[18]		
Relaties met andere gezondheidsprofessionals				
Relatie met zorgverzekering	☹[8] / Hoog : ☹[6]	☹[12]		
Relatie met niet-medisch personeel	Hoog : ☹[6]			
(on)tevreden relatie met collega's				☹[12]
Collega's in burnout	☹[23]			
Opleiding				
Voortgezette medische opleiding	☺[21] 😐[7]		☺[22]	
Opportuniteiten om zich bij te scholen	☺[7]			
Lidmaatschap bij een toezichthoudende groep	☺[21]			
Beroep doen op een onafhankelijke afgevaardigde	☺[21]			
Organisatie/plaats van de praktijk				
Groepspraktijk	😐[8]	😐[8]	😐[8]	
Werken in een landelijke zone	Hoog : ☹[6]	😐[8]	😐[8]	
Werken in een semi-stedelijke zone	Hoog : ☹[6]			
Financiële en juridische aspecten				
Financiële of economische beperkingen	☹[8] / BO élevé : ☹[6]			
Juridische geschillen in de afgelopen 12 maanden			☹[12]	
Gerelateerd aan het gezondheidszorgsysteem				
Veranderingen in het systeem van de zorg	Hoog : ☹[6]			
Werken in de publieke sector				☹[22]

EU: emotionele uitputting D: depersonalisatie MAP: gebrek aan persoonlijke verwezenlijking

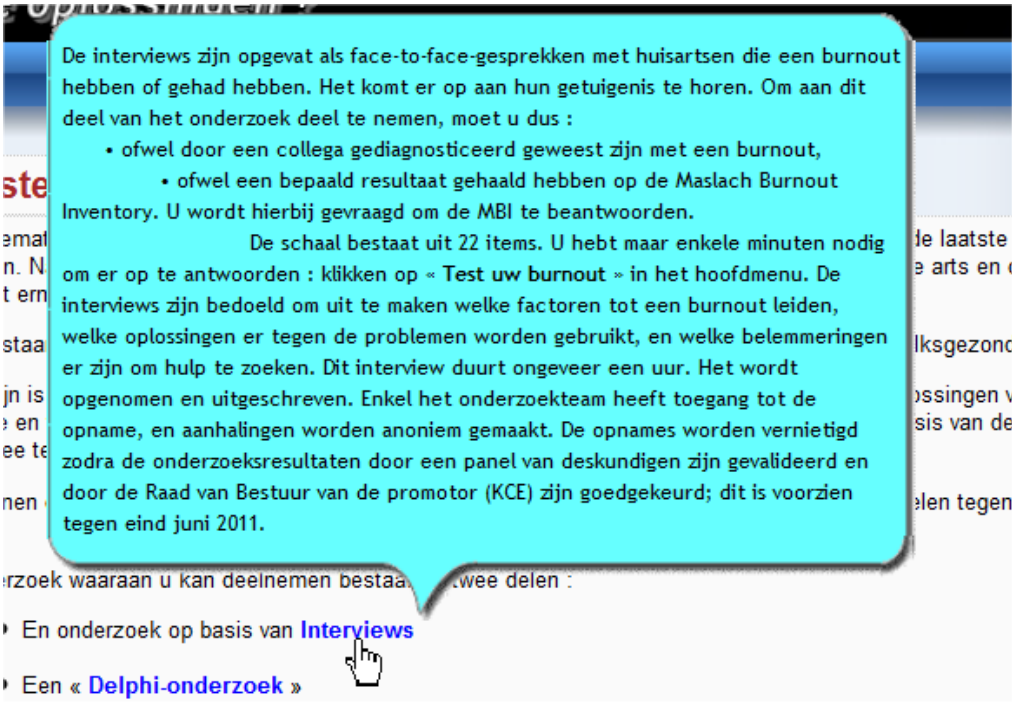
☺: beschermingsfactor 😐: geen associatie ☹: negatief geassocieerde factor

2 RECRUTEMENT POUR LES COLLECTES DE DONNÉES (ENTRETIENS ET DELPHI)

2.1 SITE WEB :COPIES D'ÉCRAN DU SITE WEB « BURNOUT VAN HUISARTSEN ».



Des bulles d'aides s'ouvrent au survol des mots de couleur bleue





La ligne des Logos, présente à chaque page, dispose d'un lien hypertexte pour chacun des logo.





http://www.ulb.ac.be/medecine/cumg/index.html

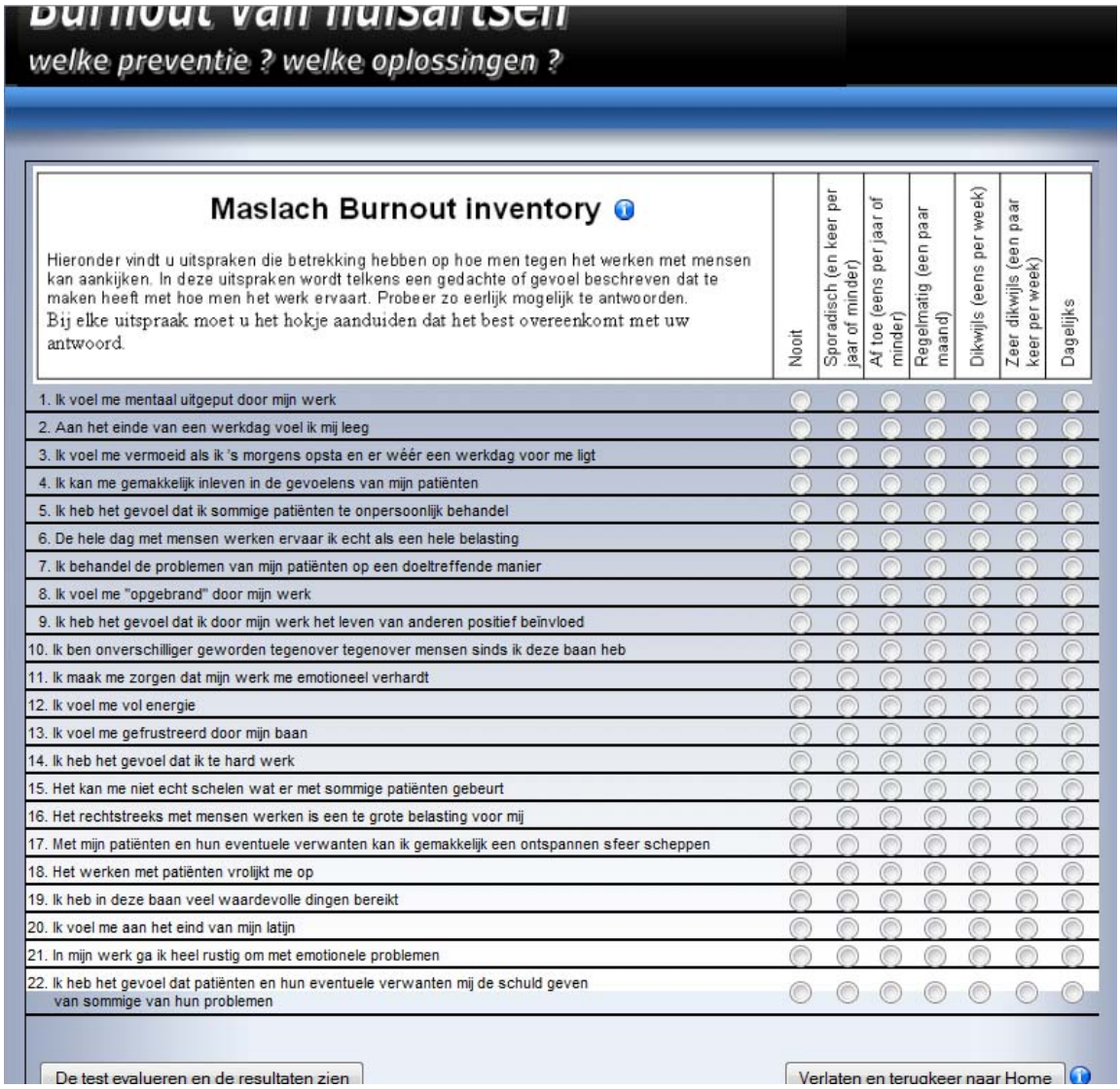


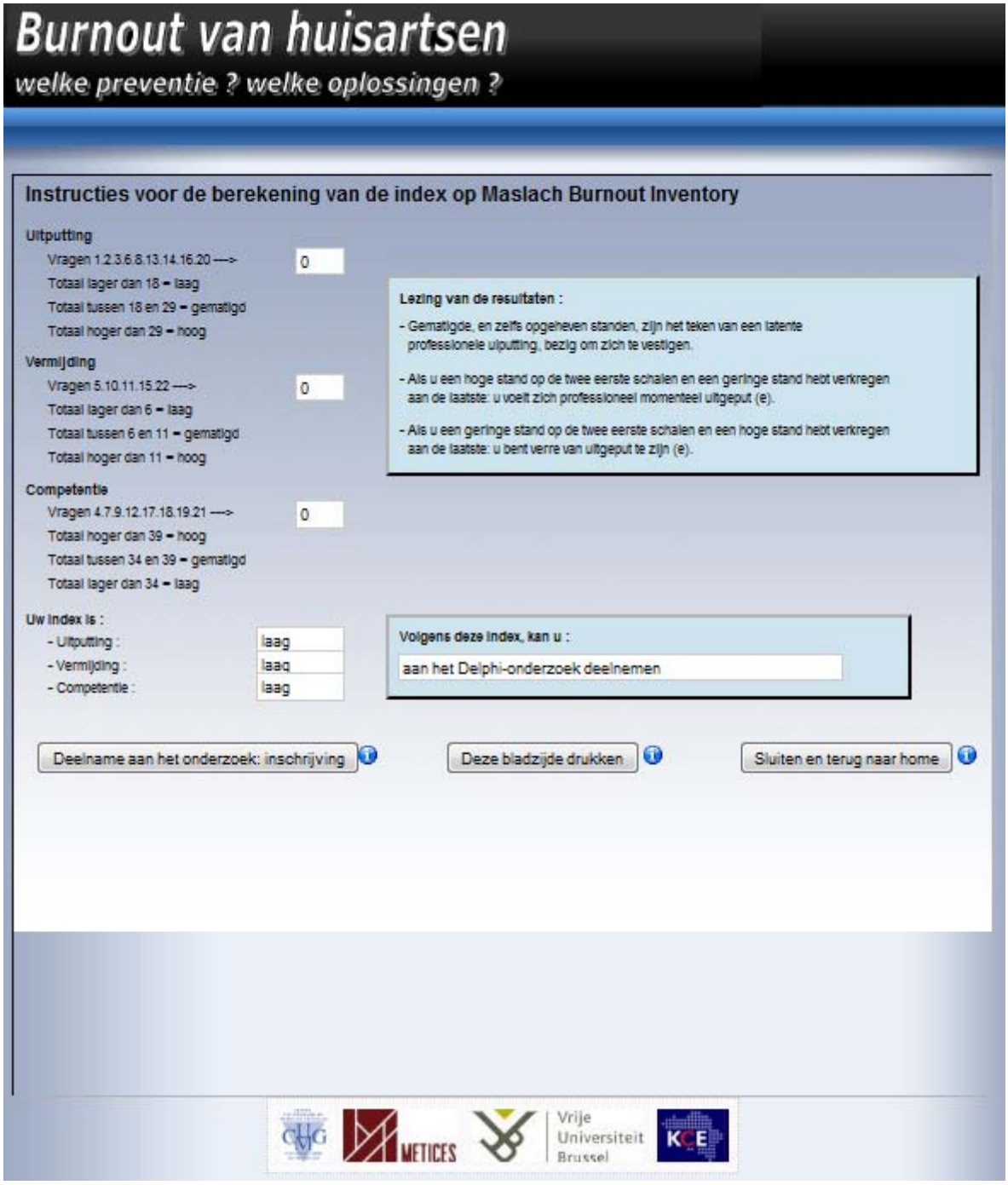
http://metices.ulb.ac.be/

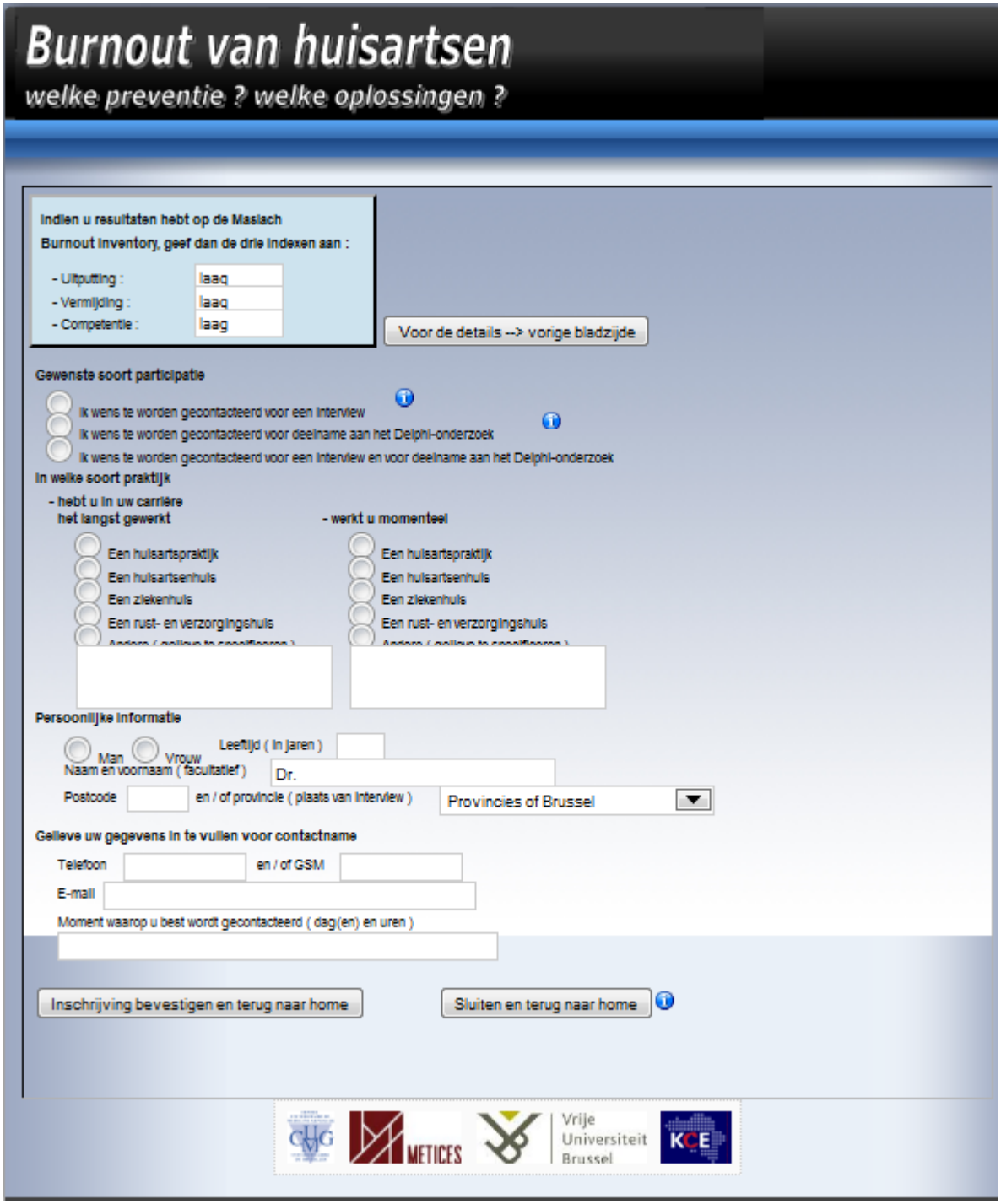
Vrije Universiteit Brussel

http://www.vub.ac.be/SOCO/

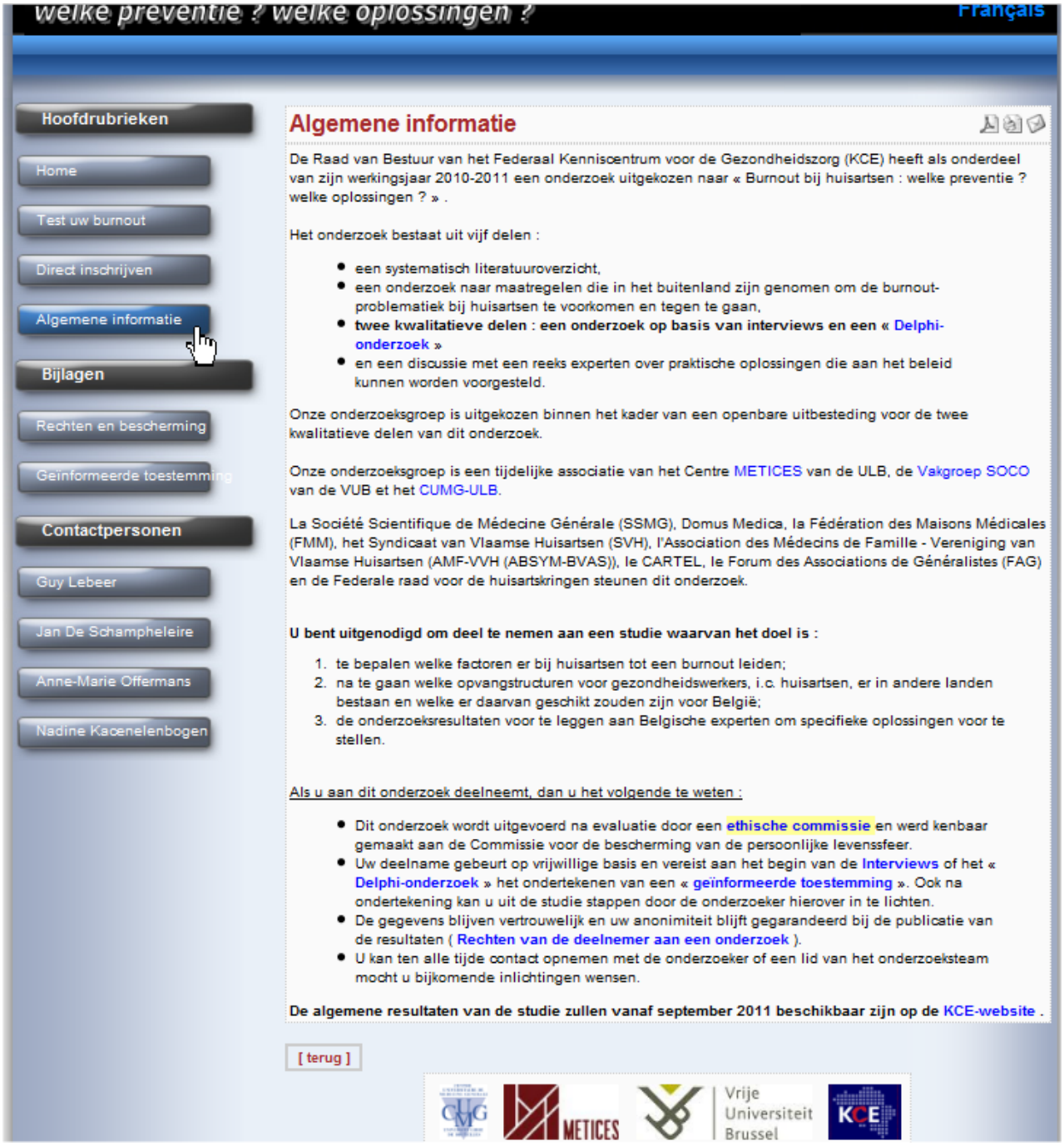
http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3448

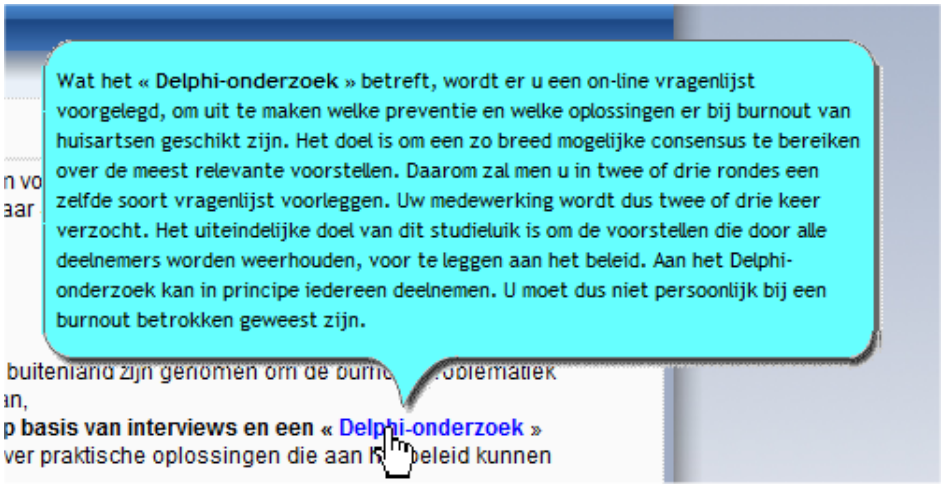


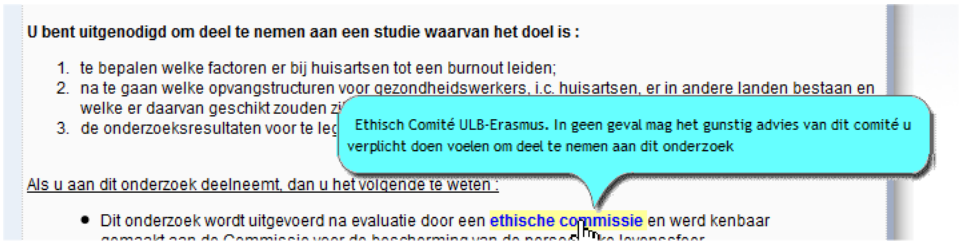

Burnout van huisartsen
welke preventie ? welke oplossingen ?
Instructies voor de berekening van de index op Maslach Burnout Inventory
Uitputting
Vragen 1.2.3.6.8.13.14.16.20 ---->
0
Totaal lager dan 18 = laag
Totaal tussen 18 en 29 = gematigd
Totaal hoger dan 29 = hoog
Vermijding
Vragen 5.10.11.15.22 ---->
0
Totaal lager dan 6 = laag
Totaal tussen 6 en 11 = gematigd
Totaal hoger dan 11 = hoog
Competentie
Vragen 4.7.9.12.17.18.19.21 ---->
0
Totaal hoger dan 39 = hoog
Totaal tussen 34 en 39 = gematigd
Totaal lager dan 34 = laag
Lezing van de resultaten :
- Gematigde, en zelfs opgeheven standen, zijn het teken van een latente professionele uitputting, bezig om zich te vestigen.
- Als u een hoge stand op de twee eerste schalen en een geringe stand hebt verkregen aan de laatste: u voelt zich professioneel momenteel uitgeput (e).
- Als u een geringe stand op de twee eerste schalen en een hoge stand hebt verkregen aan de laatste: u bent verre van uitgeput te zijn (e).
Uw index is :
- Uitputting : laag
- Vermijding : laag
- Competentie : laag
Volgens deze index, kan u :
aan het Delphi-onderzoek deelnemen
Deelname aan het onderzoek: inschrijving
Deze bladzijde drukken
Sluiten en terug naar home
METICES
Vrije Universiteit Brussel
KCE

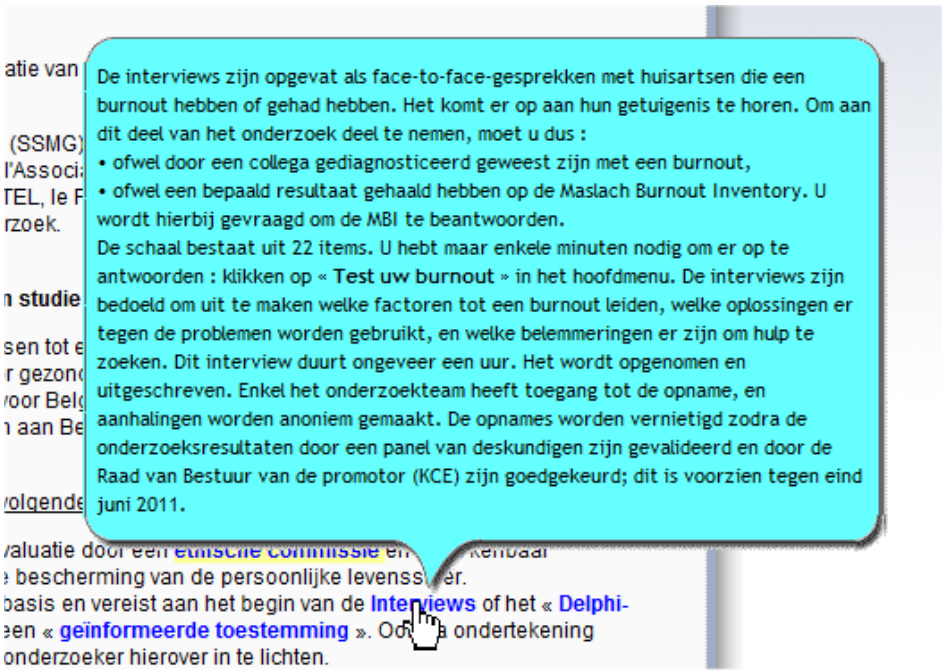

Burnout van huisartsen
welke preventie ? welke oplossingen ?
Indien u resultaten hebt op de Maslach Burnout Inventory, geef dan de drie indexen aan :
- Uitputting : laag
- Vermijding : laag
- Competentie : laag
Voor de details --> vorige bladzijde
Gewenste soort participatie
Ik wens te worden gecontacteerd voor een interview
Ik wens te worden gecontacteerd voor deelname aan het Delphi-onderzoek
Ik wens te worden gecontacteerd voor een interview en voor deelname aan het Delphi-onderzoek
In welke soort praktijk
- hebt u in uw carrière het langst gewerkt
- werkt u momenteel
Een huisartspraktijk
Een huisartsenhuis
Een ziekenhuis
Een rust- en verzorgingshuis
Persoonlijke informatie
Man
Vrouw
Leeftijd (in jaren)
Naam en voornaam (facultatief)
Dr.
Postcode
en / of provincie (plaats van interview)
Provincies of Brussel
Gelieve uw gegevens in te vullen voor contactname
Telefoon
en / of GSM
E-mail
Moment waarop u best wordt gecontacteerd (dag(en) en uren)
Inschrijving bevestigen en terug naar home
Sluiten en terug naar home
METICES
Vrije Universiteit Brussel
KCE

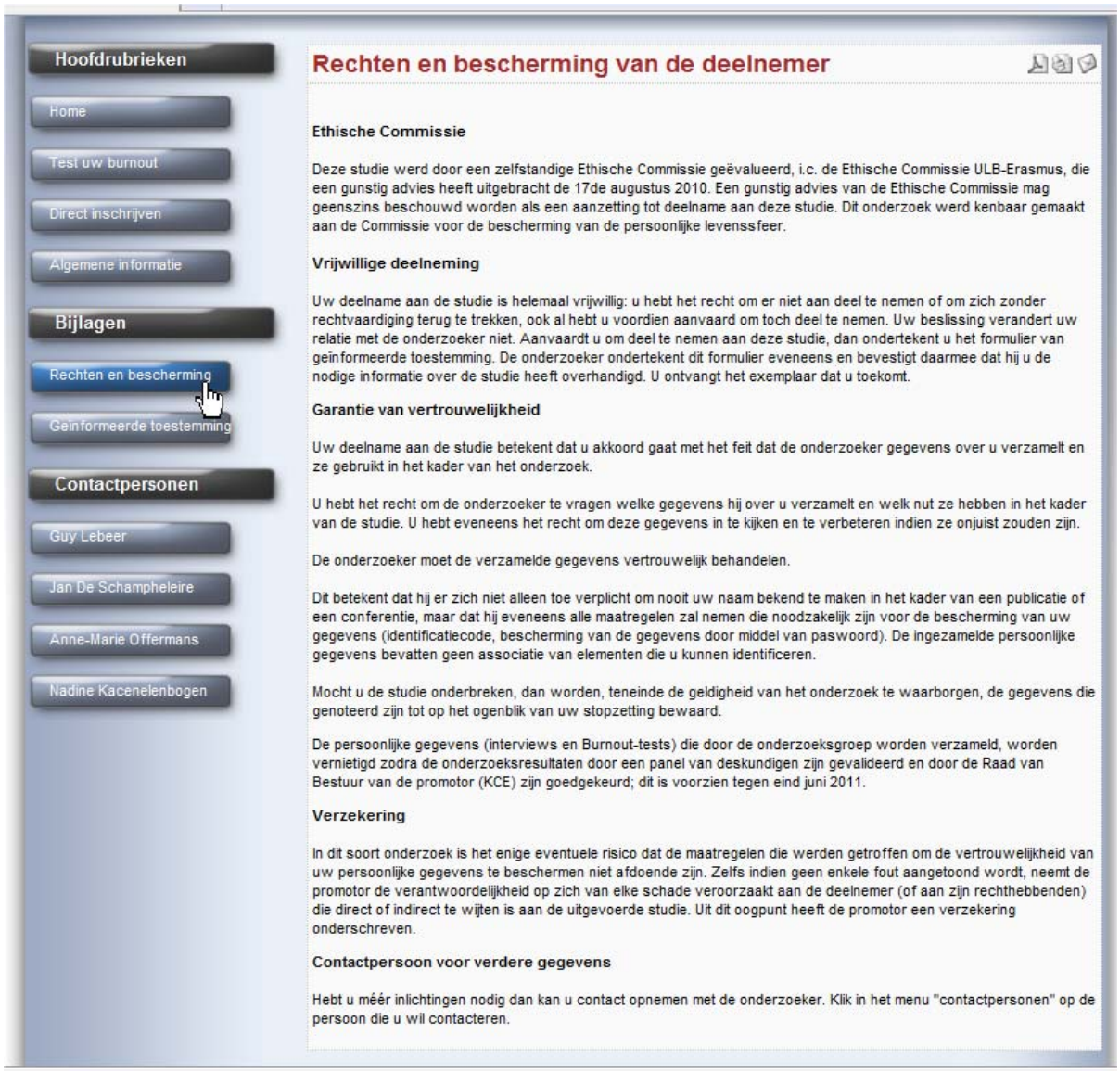

welke preventie ? welke oplossingen ?
Français
Hoofdrubrieken
Home
Test uw burnout
Direct inschrijven
Algemene informatie
Bijlagen
Rechten en bescherming
Geïnformeerde toestemming
Contactpersonen
Guy Lebeer
Jan De Schampheleire
Anne-Marie Offermans
Nadine Kacenelenbogen
Indien u resultaten hebt op de Maslach Burnout Inventory, geef dan de drie indexen aan :
- Uitputting : Selectie
- Vermijding : Selectie
- Competentie : Selectie
Volgens deze index, kan u :
Gewenste soort participatie
Ik wens te worden gecontacteerd voor een interview
Ik wens te worden gecontacteerd voor deelname aan het Delphi-onderzoek
Ik wens te worden gecontacteerd voor een interview en voor deelname aan het Delphi-onderzoek
In welke soort praktijk
- hebt u in uw carrière het langst gewerkt
- werkt u momenteel
Een huisartspraktijk
Een huisartsenhuis
Een ziekenhuis
Een rust- en verzorgingshuis
Andere (gelieve te specificeren)
Persoonlijke informatie
Man
Vrouw
Leeftijd (in jaren
Naam en voornaam (facultatief
Dr.
Postcode
en / of provincie (plaats van interview
Provincies of Brussel
Gelieve uw gegevens in te vullen voor contactname
Telefoon
en / of GSM
E-mail
Moment waarop u best wordt gecontacteerd (dag(en) en uren)
Inschrijving bevestigen en terug naar home
Afsluiten en terug naar Home
METICES
Vrije Universiteit Brussel
KCE


welke preventie ? welke oplossingen ?
Français
Hoofdrubrieken
Home
Test uw burnout
Direct inschrijven
Algemene informatie
Bijlagen
Rechten en bescherming
Geïnformeerde toestemming
Contactpersonen
Guy Lebeer
Jan De Schampheleire
Anne-Marie Offermans
Nadine Kacenelenbogen
Algemene informatie
De Raad van Bestuur van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft als onderdeel van zijn werkingsjaar 2010-2011 een onderzoek uitgekozen naar « Burnout bij huisartsen : welke preventie ? welke oplossingen ? » .
Het onderzoek bestaat uit vijf delen :
een systematisch literatuuroverzicht,
een onderzoek naar maatregelen die in het buitenland zijn genomen om de burnout-problematiek bij huisartsen te voorkomen en tegen te gaan,
twee kwalitatieve delen : een onderzoek op basis van interviews en een « Delphi-onderzoek »
en een discussie met een reeks experten over praktische oplossingen die aan het beleid kunnen worden voorgesteld.
Onze onderzoeksgroep is uitgekozen binnen het kader van een openbare uitbesteding voor de twee kwalitatieve delen van dit onderzoek.
Onze onderzoeksgroep is een tijdelijke associatie van het Centre METICES van de ULB, de Vakgroep SOCO van de VUB et het CUMG-ULB.
La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), Domus Medica, la Fédération des Maisons Médicales (FMM), het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH), l'Association des Médecins de Famille - Vereniging van Vlaamse Huisartsen (AMF-VVH (ABSYM-BVAS)), le CARTEL, le Forum des Associations de Généralistes (FAG) en de Federale raad voor de huisartskringen steunen dit onderzoek.
U bent uitgenodigd om deel te nemen aan een studie waarvan het doel is :
1. te bepalen welke factoren er bij huisartsen tot een burnout leiden;
2. na te gaan welke opvangstructuren voor gezondheidswerkers, i.c. huisartsen, er in andere landen bestaan en welke er daarvan geschikt zouden zijn voor België;
3. de onderzoeksresultaten voor te leggen aan Belgische experten om specifieke oplossingen voor te stellen.
Als u aan dit onderzoek deelneemt, dan u het volgende te weten :
Dit onderzoek wordt uitgevoerd na evaluatie door een ethische commissie en werd kenbaar gemaakt aan de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.
Uw deelname gebeurt op vrijwillige basis en vereist aan het begin van de Interviews of het « Delphi-onderzoek » het ondertekenen van een « geïnformeerde toestemming ». Ook na ondertekening kan u uit de studie stappen door de onderzoeker hierover in te lichten.
De gegevens blijven vertrouwelijk en uw anonimiteit blijft gegarandeerd bij de publicatie van de resultaten (Rechten van de deelnemer aan een onderzoek).
U kan ten alle tijde contact opnemen met de onderzoeker of een lid van het onderzoeksteam mocht u bijkomende inlichtingen wensen.
De algemene resultaten van de studie zullen vanaf september 2011 beschikbaar zijn op de KCE-website .
[terug]
CUMG
METICES
Vrije Universiteit Brussel
KCE

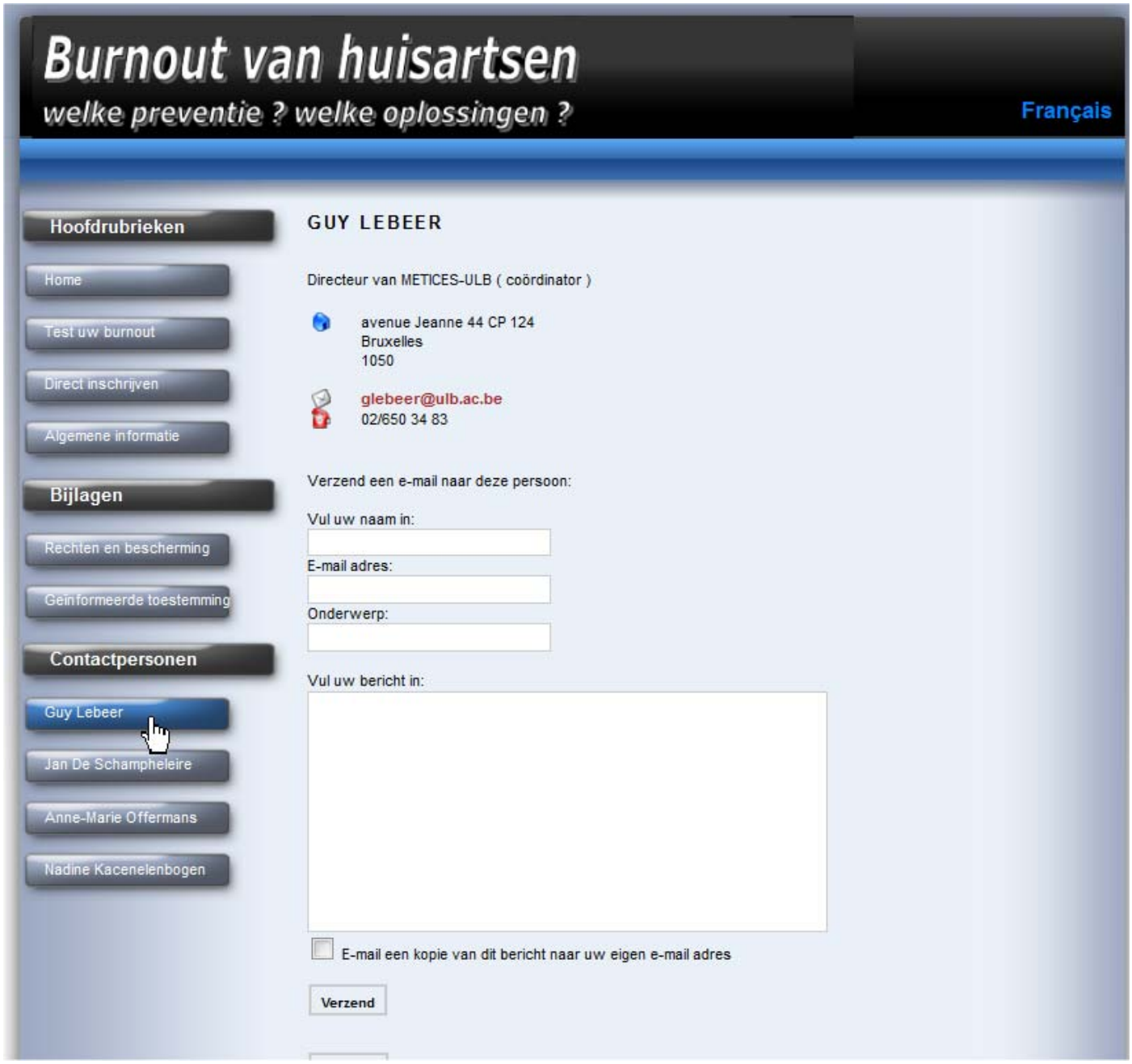

Wat het « Delphi-onderzoek » betreft, wordt er u een on-line vragenlijst voorgelegd, om uit te maken welke preventie en welke oplossingen er bij burnout van huisartsen geschikt zijn. Het doel is om een zo breed mogelijke consensus te bereiken over de meest relevante voorstellen. Daarom zal men u in twee of drie rondes een zelfde soort vragenlijst voorleggen. Uw medewerking wordt dus twee of drie keer verzocht. Het uiteindelijke doel van dit studieluik is om de voorstellen die door alle deelnemers worden weerhouden, voor te leggen aan het beleid. Aan het Delphi-onderzoek kan in principe iedereen deelnemen. U moet dus niet persoonlijk bij een burnout betrokken geweest zijn.
p basis van interviews en een « Delphi-onderzoek »


U bent uitgenodigd om deel te nemen aan een studie waarvan het doel is :
1. te bepalen welke factoren er bij huisartsen tot een burnout leiden;
2. na te gaan welke opvangstructuren voor gezondheidswerkers, i.c. huisartsen, er in andere landen bestaan en
3. de onderzoeksresultaten voor te leg
Ethisch Comité ULB-Erasmus. In geen geval mag het gunstig advies van dit comité u verplicht doen voelen om deel te nemen aan dit onderzoek
Als u aan dit onderzoek deelneemt, dan u het volgende te weten :
• Dit onderzoek wordt uitgevoerd na evaluatie door een ethische commissie en werd kenbaar


De interviews zijn opgevat als face-to-face-gesprekken met huisartsen die een burnout hebben of gehad hebben. Het komt er op aan hun getuigenis te horen. Om aan dit deel van het onderzoek deel te nemen, moet u dus :
• ofwel door een collega gediagnosticeerd geweest zijn met een burnout,
• ofwel een bepaald resultaat gehaald hebben op de Maslach Burnout Inventory. U wordt hierbij gevraagd om de MBI te beantwoorden.
De schaal bestaat uit 22 items. U hebt maar enkele minuten nodig om er op te antwoorden : klikken op « Test uw burnout » in het hoofdmenu. De interviews zijn bedoeld om uit te maken welke factoren tot een burnout leiden, welke oplossingen er tegen de problemen worden gebruikt, en welke belemmeringen er zijn om hulp te zoeken. Dit interview duurt ongeveer een uur. Het wordt opgenomen en uitgeschreven. Enkel het onderzoekteam heeft toegang tot de opname, en aanhalingen worden anoniem gemaakt. De opnames worden vernietigd zodra de onderzoeksresultaten door een panel van deskundigen zijn gevalideerd en door de Raad van Bestuur van de promotor (KCE) zijn goedgekeurd; dit is voorzien tegen eind juni 2011.
basis en vereist aan het begin van de Interviews of het « Delphi-
een « geïnformeerde toestemming ». Od ondertekening
onderzoeker hierover in te lichten.


Hoofdrubrieken
Home
Test uw burnout
Direct inschrijven
Algemene informatie
Bijlagen
Rechten en bescherming
Geïnformeerde toestemming
Contactpersonen
Guy Lebeer
Jan De Schampheleire
Anne-Marie Offermans
Nadine Kacenelenbogen
Rechten en bescherming van de deelnemer
Ethische Commissie
Deze studie werd door een zelfstandige Ethische Commissie geëvalueerd, i.c. de Ethische Commissie ULB-Erasmus, die een gunstig advies heeft uitgebracht de 17de augustus 2010. Een gunstig advies van de Ethische Commissie mag geenszins beschouwd worden als een aanzetting tot deelname aan deze studie. Dit onderzoek werd kenbaar gemaakt aan de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.
Vrijwillige deelneming
Uw deelname aan de studie is helemaal vrijwillig: u hebt het recht om er niet aan deel te nemen of om zich zonder rechtvaardiging terug te trekken, ook al hebt u voordien aanvaard om toch deel te nemen. Uw beslissing verandert uw relatie met de onderzoeker niet. Aanvaardt u om deel te nemen aan deze studie, dan ondertekent u het formulier van geïnformeerde toestemming. De onderzoeker ondertekent dit formulier eveneens en bevestigt daarmee dat hij u de nodige informatie over de studie heeft overhandigd. U ontvangt het exemplaar dat u toekomt.
Garantie van vertrouwelijkheid
Uw deelname aan de studie betekent dat u akkoord gaat met het feit dat de onderzoeker gegevens over u verzamelt en ze gebruikt in het kader van het onderzoek.
U hebt het recht om de onderzoeker te vragen welke gegevens hij over u verzamelt en welk nut ze hebben in het kader van de studie. U hebt eveneens het recht om deze gegevens in te kijken en te verbeteren indien ze onjuist zouden zijn.
De onderzoeker moet de verzamelde gegevens vertrouwelijk behandelen.
Dit betekent dat hij er zich niet alleen toe verplicht om nooit uw naam bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie, maar dat hij eveneens alle maatregelen zal nemen die noodzakelijk zijn voor de bescherming van uw gegevens (identificatiecode, bescherming van de gegevens door middel van paswoord). De ingezamelde persoonlijke gegevens bevatten geen associatie van elementen die u kunnen identificeren.
Mocht u de studie onderbreken, dan worden, teneinde de geldigheid van het onderzoek te waarborgen, de gegevens die genoteerd zijn tot op het ogenblik van uw stopzetting bewaard.
De persoonlijke gegevens (interviews en Burnout-tests) die door de onderzoeksgroep worden verzameld, worden vernietigd zodra de onderzoeksresultaten door een panel van deskundigen zijn gevalideerd en door de Raad van Bestuur van de promotor (KCE) zijn goedgekeurd; dit is voorzien tegen eind juni 2011.
Verzekering
In dit soort onderzoek is het enige eventuele risico dat de maatregelen die werden getroffen om de vertrouwelijkheid van uw persoonlijke gegevens te beschermen niet afdoende zijn. Zelfs indien geen enkele fout aangetoond wordt, neemt de promotor de verantwoordelijkheid op zich van elke schade veroorzaakt aan de deelnemer (of aan zijn rechthebbenden) die direct of indirect te wijten is aan de uitgevoerde studie. Uit dit oogpunt heeft de promotor een verzekering onderschreven.
Contactpersoon voor verdere gegevens
Hebt u méér inlichtingen nodig dan kan u contact opnemen met de onderzoeker. Klik in het menu "contactpersonen" op de persoon die u wil contacteren.


Burnout van huisartsen
welke preventie ? welke oplossingen ?
Français
Hoofdrubrieken
Home
Test uw burnout
Direct inschrijven
Algemene informatie
Bijlagen
Rechten en bescherming
Geïnformeerde toestemming
Contactpersonen
Guy Lebeer
Jan De Schampheleire
Anne-Marie Offermans
Nadine Kacenelenbogen
Geïnformeerde toestemming
Deelnemer
Ik verklaar ingelicht te zijn over de aard van de studie, haar doel, haar duur en wat er van mij wordt verwacht.
Ik heb voldoende tijd gehad om er over na te denken.
Ik heb de gelegenheid gehad om alle vragen te stellen die in mij opkwamen en ik heb er een degelijk antwoord op gekregen.
Ik heb begrepen dat er gedurende mijn deelname aan deze studie gegevens over mij worden ingezameld en dat de onderzoeker de vertrouwelijkheid van deze gegevens waarborgt.
Ik heb een kopie ontvangen van de informatie aan de deelnemer, evenals van de geïnformeerde toestemming.
Datum :
Naam en handtekening van de deelnemer
Onderzoeker
Ik bevestig mondeling alle nodige inlichtingen in verband met de studie te hebben gegeven en de deelnemer een exemplaar van het document "informatie aan de deelnemer" te hebben overhandigd.
Ik bevestig dat er geen enkele druk werd uitgeoefend opdat de deelnemer zou aanvaarden om aan deze studie deel te nemen.
Ik bevestig dat ik bereid ben om zo nodig alle bijkomende vragen te beantwoorden.
Ik bevestig te werken in overeenstemming met de ethische beginselen opgenomen in de "Verklaring van Helsinki".
Datum :
Naam en handtekening van de onderzoeker
[terug]
METICES
Vrije Universiteit Brussel
KCE
Design by augs-burg.de & go-vista.de


Burnout van huisartsen
welke preventie ? welke oplossingen ?
Français
Hoofdrubrieken
Home
Test uw burnout
Direct inschrijven
Algemene informatie
Bijlagen
Rechten en bescherming
Geinformeerde toestemming
Contactpersonen
Guy Lebeer
Jan De Schampheleire
Anne-Marie Offermans
Nadine Kacenelenbogen
GUY LEBEER
Directeur van METICES-ULB (coördinator)
avenue Jeanne 44 CP 124
Bruxelles
1050
glebeer@ulb.ac.be
02/650 34 83
Verzend een e-mail naar deze persoon:
Vul uw naam in:
E-mail adres:
Onderwerp:
Vul uw bericht in:
E-mail een kopie van dit bericht naar uw eigen e-mail adres
Verzend

2.2 VISITES ET INSCRIPTIONS SUR LE SITE WEB

Parmi les 87 médecins francophones inscrits, 68 l'ont été après avoir répondu au MBI; parmi les 124 médecins néerlandophones, 31 seulement l'ont été après avoir répondu au MBI.

Tableau 3. Consultation du site « burnout » destiné aux MG

	FR	NL	Total		
Nombre de visiteurs	362	335	**697**		
Nombre d'inscriptions	74	116	**190**		
	20,4%	*34,6%*	*27,3%*		
dont pour :	***FR***	***%***	***NL***	***%***	***Total***
Entretien	*5*	*50,0%*	*5*	*50,0%*	***10***
Etude Delphi	*42*	*37,2%*	*71*	*62,8%*	***113***
Entretien + Delphi	*26*	*40,0%*	*39*	*60,0%*	***65***
Non précisée	*1*	*50,0%*	*1*	*50,0%*	***2***
Total	***74***	*38,9%*	***116***	*61,1%*	***190***
Détail des inscriptions					
	FR : Type d'inscription				
	Entretien	**Delphi**	**Entr + Delphi**	**Non précisée**	**Total FR**
Avec test	4	32	20	1	**57**
Sans test	1	10	6		**17**
Total FR	**5**	**42**	**26**	**1**	**74**
% sur total général	*50,0%*	*37,2%*	*40,0%*	*50,0%*	*41,2%*
	NL : Type d'inscription				
	Entretien	**Delphi**	**Entr + Delphi**	**Non précisée**	**Total NL**
Avec test	2	52	33	1	**88**
Sans test	3	19	6		**28**
Total NL	**5**	**71**	**39**	**1**	**116**
% sur total général	*50,0%*	*62,8%*	*60,0%*	*50,0%*	*58,8%*
Total général	**10**	**113**	**65**	**2**	**190**
	100,0%	*100,0%*	*100,0%*	*100,0%*	*100,0%*

Tableau 4. « Avez-vous déjà été diagnostiqué en burnout par un professionnel de la santé ? »

	Test MBI complété	FR	NL	TOTAL
Oui, j'ai été diagnostiqué en burnout par un généraliste, un psychiatre ou un psychologue	-	12	12	24
Non, je n'ai pas été diagnostiqué par un professionnel de la santé	OUI	51	64	115
Non, je n'ai pas été diagnostiqué par un professionnel de la santé	NON	5	10	15
Non réponse, injoignable, double inscription	-	13	33	46
Nombre d'inscription à l'étude Delphi et/ou à l'entretien en face à face		81	119	200

3 ENTRETIENS

3.1 CANEVAS D'ENTRETIEN

Question-consigne 1

Biographie du MG répondant en rapport avec la survenance du burnout *(Travail rétrospectif mené par le chercheur avec la personne en vue de reconstituer l'enchaînement des événements qui ont mené le répondant au burnout ; s'intéresser à la raison du choix de cette profession versus aspirations professionnelles)*

Recensement des symptômes qui ont abouti au diagnostic/risque de burnout

Pour les répondants diagnostiqués en burnout : stratégies mises en place pour « sortir » de la situation.

Questions factuelles (ou suscitées) dont le but est d'objectiver et d'identifier le contexte de réponse à la question-consigne 1

Activité de travail et organisation du travail : contenu du travail, journée-type, horaires, exigences du travail, charge de travail mental, contexte d'exercice, etc.

Environnement de travail : environnement physique et environnement social de travail (contacts avec les pairs), etc.

Evolution de carrière au sein de la profession : ancienneté, aspirations professionnelles et conditions réelles d'exercice du métier, revenus, etc.

Evolution générale du contexte d'exercice de la profession en Belgique : charge administrative, absence de protection sociale, exigences des patients, patients à pathologies plus lourdes que par le passé, etc.

Stratégies d'adaptation développées en vue de faire face aux difficultés rencontrées dans la sphère professionnelle ; nature des aides sollicitées et résultats engendrés par celles-ci (+/-) ; freins/résistances à rechercher de l'aide et/ou à consulter)

Conciliation/conflit vie professionnelle et vie privée

Question-consigne n°2

Formulation de propositions en vue de mettre en place des mesures de prévention et de prises en charge face au risque de burnout à destination des MG

3.2 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON 'ENTRETIENS'

Tableau 5. Caractéristiques démographiques et professionnelles des MG interrogés

Communauté française

Entretien	Age	Sexe	Régions/ Provinces	Mode d'activité (groupe/individuel)	R=Rural [1] SU = semi-urbain U = urbain
FA	60	M	Bruxelles	Individuel/groupe	Urbain
FB	40	F	Brabant W.	Semi-groupe	Semi-urbain
FC	35	M	Luxembourg	Individuel	Rural
FD	60	M	Bruxelles	Groupe	Urbain
FE	52	F	Bruxelles	Individuel	Urbain
FF	55	M	Hainaut	Individuel	Semi-urbain
FG	38	M	Liège	Individuel	Urbain
FH	38	F	Brabant W.	Groupe	Semi-urbain
FI	56	F	Hainaut	Individuel	Urbain
FJ	36	M	Liège	Semi-groupe	Rural
FK	33	F	Namur	Semi-groupe	Rural
FL	59	M	Namur	Individuel	Semi-urbain
FM	51	F	Bruxelles	Semi-groupe (MR)	Urbain
FN	49	M	Liège	Individuel	Semi-urbain
FO	53	F	Liège	Individuel	Semi-urbain
FP	59	F	Liège	Individuel	Semi-urbain
FQ	56	F	Hainaut	Individuel	Semi-urbain
FR	60	M	Bruxelles	Individuel	Urbain
FS	48	F	Hainaut	Semi-groupe	Semi-urbain
FT	31	M	Bruxelles	Groupe	Urbain

Région flamande

Naam	Leeftijd	Geslacht	Provincie	Praktijk	Streek
NA	28	man	Oost-Vlaanderen	Groep	Landelijk
NB	40	vrouw	Antwerpen	Solo	Stedelijk
NC	51	vrouw	Antwerpen	Duo	Half-landelijk
ND	35	vrouw	Limburg	Groep	Landelijk
NE	58	man	Antwerpen	Groep	Landelijk
NF	46	vrouw	Oost-Vlaanderen	Solo	Half-landelijk
NG	61	man	Limburg	Duo	Landelijk
NH	30	vrouw	West-Vlaanderen	Duo	Half-landelijk
NI	39	vrouw	Oost-Vlaanderen	Duo	Half-landelijk
NJ	56	man	Antwerpen	Groep	Half-landelijk
NK	52	vrouw	Antwerpen	Solo (wordt duo)	Half-landelijk
NL	53	man	West-Vlaanderen	Solo	Landelijk
NM	37	vrouw	West-Vlaanderen	Duo	Stedelijk
NN	44	man	West-Vlaanderen	Solo	Half-landelijk
NO	45	man	Antwerpen	Groep	Stedelijk
NP	40	vrouw	Oost-Vlaanderen	hospitaal	Half-landelijk
NQ	54	man	West-Vlaanderen	Duo	Landelijk
NR	49	vrouw	Antwerpen	Solo	Half-landelijk
NS	37	man	Antwerpen	Solo	Stedelijk
NT	59	man	Oost-Vlaanderen	Solo	Landelijk

1 Ces trois concepts ont été définis comme suit : urbain = ville, agglomération ; semi-urbain = territoire qui s'est urbanisé où sont exercées parfois des activités de services tout en conservant quelques activités agricoles ; rural = densité de population faible et activités agricoles/forestières.

3.3 RESULTATEN VAN DE GESPREKKEN

3.3.1 Eerste aspect: de hoeveelheid werk van de huisarts

We hebben besloten bij dit eerste aspect de term werkbelasting niet te gebruiken en de voorkeur te geven aan *« hoeveelheid werk van de huisarts »* omdat de term werkbelasting verschillende noties kan omvatten: lichamelijke, mentale belasting of psychische belasting van het werk.

In deze rubriek hebben we volgende problematieken samengebracht:

- de werkduur, de werkroosters en de « zorgcontinuïteit »;
- het omgaan met onzekerheden die samenhangen met de werkroosters en de agenda;
- diversificatie van de beroepsactiviteit;
- administratieve taken;
- wachtdiensten.

We moeten meteen al rekening houden met het feit dat de hoeveelheid werk niet door iedereen op dezelfde manier wordt beleefd.

Zo is in het Franstalige deel van het land deze factor altijd aanwezig, ofwel als predominante factor, ofwel als secundaire factor. De deelnemers die op het ogenblik van de enquête niet meer aan burn-out leden, wezen ons erop dat een oplossing voor dit probleem er juist in bestaat deze "hoeveelheid werk" te verminderen.

In het Nederlandstalige deel van het land zijn er huisartsen die zich weliswaar evenzeer betrokken voelen bij deze problematiek, maar die ze op een andere manier beschrijven. Zij ervaren deze "hoeveelheid werk" eerder als iets dat voortvloeit uit de intensiteit van de relatie met de patiënt: « Ik heb mezelf te veel gegeven » of « Patiënten zuigen je leeg », of uit de kloof die gaapt tussen de verwachtingen die zij van het beroep van huisarts hadden en de realiteit waarmee ze uiteindelijk worden geconfronteerd: « Ik wou zoveel bereiken en ik kan maar dit bereiken ».

3.3.1.1 De werkduur, de werkroosters en de « zorgcontinuïteit »

De aspecten inzake werkduur splitsen zich over het algemeen uit in drie modaliteiten:

- huisartsen hebben meestal erg lange werkdagen;
- dit geldt vooral voor huisartsen van een bepaalde leeftijd die alleen werken (solopraktijk);
- huisartsen die in een groepspraktijk of in een medisch huis werken, hebben meestal een minder grote hoeveel werk per tijdseenheid, hun werkroosters zijn meestal in homogene blokken georganiseerd en ze worden minder geconfronteerd met de vraag naar permanente beschikbaarheid.

De ondervraagde huisartsen ramen hun gemiddelde werkduur per week tussen 50 en 60 uur, zonder daarbij rekening te houden met de wachtdiensten en de tijd die wordt besteed aan opleidingen. In het volume van het werkrooster zitten zowel de consultaties, de huisbezoeken als de diversificatie van de beroepsactiviteit (zie infra). De beroepsactiviteit van de huisartsen is dus meestal erg intens. Huisbezoeken komen uiteraard meer voor in een landelijke omgeving en vergen meer tijd aangezien de arts zich moet verplaatsen.

De ondervraagde huisartsen beginnen 's morgens vroeg te werken en gaan vaak 's avonds laat door met consultaties of met het uitvoeren van administratief werk. Dit geldt vooral voor huisartsen van een bepaalde leeftijd die alleen werken en ook voor huisartsen die hun beroep uitoefenen in streken waar er een tekort aan huisartsen is.

« Et bon, on a des horaires tout à fait impossibles. Je commence mes consultations en principe à 7 heures 30. Donc à 7 heures, c'est ouvert et donc je dois me lever vers 6 heures 30. A 7 heures, je commence quand ce n'est pas comme aujourd'hui… à 7 heures moins quart, il y avait déjà deux personnes qui attendaient. Ensuite, ce sont des consultations jusqu'à 9 heures, 9 heures 30. Aujourd'hui, j'en ai eu jusqu'à 10 heures. Mais non-stop. Vraiment non-stop. Alors, je me dis que c'est parce que je m'organise mal, que ça dure si longtemps. Et puis à un moment donné je me suis dit pour m'y retrouver, je vais prendre un carnet et je vais noter ce que je fais sur la journée. Et de fait, cela m'aide. Je me dis bon si je vois 15 personnes en 3 heures, cela fait 5 personnes à l'heure, cela fait donc 12 minutes par personne. Ce n'est pas tant que ça. Avec les prises de sang. Ce matin, j'avais pas mal de prises de sang. Donc, ça prend un peu plus de temps. Et puis, à 10 heures je suis parti en visite à domicile. Et puis, c'est parti en hiver jusqu'à 14, 15 ou 16 heures non-stop. Je n'ai pas encore mangé. Parfois il est 17 heures, certains jours ». Q : Et à 17 heures vous avez à nouveau des consultations ? R : Jusqu'à 19 heures/19 heures 30. Q : Vous travaillez 12 heures par jour et alors à ce moment-là il faut gérer toute la partie administrative? R : Enfin bon il est à peu près 19 heures à 19 heures trente, on range vite tout ce qu'on doit ranger point de vue administratif. On va facilement jusque 20 heures souvent. En plein hiver, quand j'ai des journées de 50 à 60 patients, à 18 ou 19 heures, quand c'est plusieurs jours d'affilée, je suis là et je sens que je m'endors » [Docteur FL, homme, 59 ans, Namur]

Sommige huisartsen die alleen werken of in streken waar er een tekort is aan huisartsen, wijzen op de intensiteit van hun activiteit (aantal patiënten), hetgeen een rechtstreekse invloed heeft op hun werkduur.

« Dan ben ik in deze landelijke gemeente soloarts geworden. Het was een nieuwe praktijk, en in de buurt waren er andere artsen. Tot mijn verrassing kreeg ik heel snel veel werk. Ik verstond er niets van. Ik had blijkbaar wel feeling en finesse voor de huisartspraktijk, maar tegelijk wist ik niet wat er met mij gebeurde. Mijn vrouw vond mij eens huilend in de badkamer nadat ik die dag vijftig patiënten gezien had. Ik voelde mij vaak slecht en onzeker. Maar hoe slechter ik mij voelde, hoe liever mijn patiënten mij blijkbaar hadden. Ik heb heel mijn leven gezwalpt op het werk en constant miserie gehad om het onder controle te krijgen. In die dagen werkte ik vijftien uren per dag, zes dagen per week » [Huisarts NQ, M, 54 jaar, West-Vlaanderen]

« Je pense que la quantité de travail a augmenté…Et la charge de travail et la manière de travailler qui n'était absolument pas en corrélation avec ce que moi je veux faire. Donc du travail à la chaîne, plus de disponibilité d'écoute… » [Docteur FK, femme, 33 ans, Namur]

Dit is de dagelijkse praktijk die wordt beschreven door de meesten van de huisartsen die we ontmoetten. Sommigen onder hen hebben echter maatregelen genomen om de werktijd te verminderen en hun activiteiten af te stemmen op uurroosters die in hun ogen aanvaardbaar zijn, meestal in samenspraak met hun gezin.

Bovendien bevestigen huisartsen die in een groepspraktijk werken of aan een medisch huis verbonden zijn, dat ze meestal hun werktijd beter onder controle kunnen houden.

« Maandagvoormiddag vrije raadpleging vanaf 8h, dan afspraken tot 20h30 à 21h30. Dinsdagvoormiddag huisbezoeken als die er zijn, in de namiddag papierwerk tot 22h. Woensdagvoormiddag huisbezoeken, dan de middag vrij van 13h tot 16h. Op donderdag beginnen om 9h, stoppen om 19h. Dan ga ik sporten. Vrijdag van 8h tot 21h. Nu heb ik echt vrije blokken. Dat is beter vol te houden. Maar het blijft stress geven » [Huisarts ND, V, 35 jaar, Limburg]

Ook huisartsen die voornamelijk of bij voorkeur op afspraak werken, lijken een betere controle te hebben over hun agenda.

« Ik werk nu wel volledig op afspraak. Ik probeer op zaterdagmorgen geen consultaties meer te hebben, zeker als er een belangrijke wedstrijd is waar mijn zoon voetbalt. Op afspraak werken heeft mijn leven veel eenvoudiger gemaakt. » [Huisarts NN, M, 44 jaar, West-Vlaanderen]

Voornamelijk op afspraak werken is echter geen wondermiddel. Omdat er veel consultaties en administratieve taken zijn, blijft de werkbelasting hoog.

« Sinds Nieuwjaar heb ik 's avonds geen vrije raadplegingen meer, alleen maar afspraken. We zijn dan vroeger klaar. Toch betekent het op een andere manier ook meer stress. Vroeger waren mensen gewoon ongelukkig als ze lang moesten wachten. Maar nu hebben ze er ook een reden voor. Het loopt gauw uit als elke patiënt twee minuten langer neemt, en er komen telefoons tussen, en mensen vragen iets tussendoor in de gang » [Huisarts ND, V, 35 jaar, Limburg]

Kernboodschappen

De ondervraagde huisartsen, en vooral de ouderen die alleen werken, verklaren dat ze wekelijks tussen 50 en 60 uur werken, zonder de wachtdiensten en opleidingen mee te rekenen, en dit ongeacht de kenmerken van hun patiëntenbestand.

Om de werkduur te verminderen, worden verschillende strategieën gebruikt:

- **werken in een groepspraktijk of in een medisch huis,**
- **verminderen van het werkvolume door het aantal uren waarop men beschikbaar is te beperken**
- **de patiënten 'filteren' door alleen op afspraak te werken.**

3.3.1.2 Onzekerheden beheren over werkrooster en agenda

Bij de uitoefening van de huisartsgeneeskunde wordt de arts geconfronteerd met verschillende soorten onzekerheden (zie ook verder in "de relaties met de collega's"). Volgens de ondervraagde huisartsen hebben de belangrijkste onzekerheden betrekking op de werkduur en de organisatie van de agenda (aantal patiënten tijdens de consultatie, aantal oproepen tijdens de wachtdienst, duur van de werkdag). Dit zijn elementen die moeilijk opgelost kunnen worden en die het werk zwaar maken.

« Als patiënten mij bellen, kan ik niet zeggen : 'Vandaag niet en morgen ook niet, maar volgende week wel.' De patiënt heeft nu hoofdpijn, of rugpijn. En als de patiënt zegt: 'Ik kan er pas om 18h zijn', dan pas ik mij aan. Mijn partner is manager voor een luchtvaartmaatschappij. Hij maakt probleemloos afspraken zoals: 'Binnen drie weken op donderdag om 9 uur, en als dat niet kan dan is geen afspraak ook goed' » [Huisarts NB, V, 40 jaar, Antwerpen]

De huisartsgeneeskunde is dus een activiteit waarbij het tijdselement een aanzienlijke hoeveelheid onvoorspelbaarheid inhoudt. Deze onvoorspelbaarheid is een oorzaak van stress. Zoals sommige artsen reeds hadden vermeld toen ze over hun dagelijks werkschema praatten, leeft de arts die 's morgens wakker wordt in angst voor de dag die hem te wachten staat.

« On va se faire bouffer mais on ne sait pas comment » [Docteur FF, homme, 55 ans, Hainaut].

Kernboodschappen

- **De onzekerheden veroorzaakt door de agenda en de werkduur zijn een niet te verwaarlozen bron van stress.**
- **Net zoals voor de werklast wordt ook hier de groepspraktijk beschouwd als een, op zijn minst gedeeltelijke, oplossing.**

3.3.1.3 Diversificatie van de beroepsactiviteiten

Verschillende artsen verklaarden dat ze ook nog beroepsactiviteiten hebben buiten hun praktijk en hun consultaties. Meestal gaat het hier om activiteiten die verband houden met schoolgeneeskunde, het opvolgen van bejaarden in rusthuizen, de medische coördinatie van een rusthuis, toezichthoudende geneeskunde in een home voor gehandicapte kinderen, het geven van opleidingen aan collega's, palliatieve zorgen, de evaluatie van lichamelijke schade, assistentschap bij een universiteit, enz.

« Ik werk ook een- à tweemaal per week voor het bloedtransfusiecentrum van het Rode Kruis. Dat zijn vaste uren. Mijn collega werkt nog een- à tweemaal per week voor Kind en Gezin. En dan werkt ieder ook nog een halve dag voor de FOD Sociale Zaken, verhoogde kinderbijslag » [Huisarts NH, V, 30 jaar, West-Vlaanderen]

Sommigen cumuleren deze activiteiten bovenop een voltijdse beoefening van de huisartsgeneeskunde, anderen verdelen hun voltijds schema over verschillende activiteiten.

« Il faut savoir que je travaille aussi en soins palliatifs. Et je fais un temps plein en médecine générale. Depuis longtemps, depuis avant la création des plates-formes en soins palliatifs et les études de soutien, j'ai d'abord travaillé comme bénévole et puis maintenant je suis médecin référent pour la région de X » [Docteur FS, femme, 48 ans, Hainaut]

Uit de betogen blijkt deze diversificatie van de beroepsactiviteit moet gezien worden als een "beheer"strategie om het hoofd te kunnen bieden aan de moeilijkheden waarmee men wordt geconfronteerd bij de uitoefening van het beroep, of om uit het beroep te stappen (wegvluchten uit het beroep van huisarts). Deze activiteiten worden ook vaak beschouwd als plaatsen waar hun competenties worden erkend en/of als een manier om het werk als huisarts interessanter te maken.

« Ik heb wel op een andere manier getracht om intellectuele behoeften aan te vullen, door mee te werken aan een wetenschappelijk onderzoek rond osteoporose en een aanbeveling van Domus Medica, door les te geven, en door activiteiten voor Kind en Gezin. Het extra werk bracht er variatie in » [Huisarts NP, V, 40 jaar, Oost-Vlaanderen]

Anderzijds zijn er ook huisartsen die overwegend als loontrekkenden hun beroep uitoefenen terwijl hun zelfstandige activiteit eerder een randactiviteit is. Zo werkt één huisarts voltijds voor de NMBS (Huisarts NS). Zijn beroepspraktijk als huisarts speelt zich dagelijks af tussen 18 en 19 uur. Eén huisarts heeft haar kabinet opgezegd en werkt deeltijds (twee nachten per week) voor een huisartsenwachtpost in Zeeland (Nederland).

Kernboodschappen

Professionele activiteiten worden op een aantal manieren gediversifieerd. Deze diversificatie sluit aan bij verschillende "beheerstrategieën", die in mindere of meerdere mate ingrijpend zijn:

- **het hoofd bieden aan de moeilijkheden van het beroep, het verlaten van het beroep,**
- **deelnemen aan structuren waarin de specificiteit van de huisartsen zijn competenties erkend worden.**

3.3.1.4 De administratieve taken

De administratieve taken omvatten:

- ten aanzien van de patiënt: het beheren van afspraken, het voeren van telefonische gesprekken, het klasseren van de verschillende documenten in het dossier van de patiënt, de boekhouding, het beheren van de voorschriften en van de doktersattesten,...;
- ten aanzien van het RIZIV: het rechtvaardigen van de eerder uitgereikte voorschriften (twee of drie jaar eerder) hetgeen opzoekwerk vergt;
- ten aanzien van de ziekenfondsen: de autorisatie-aanvragen bij de adviserend geneesheren, de zorgtrajecten;
- ten aanzien van de andere actoren van de gezondheidszorg: de nodige formulieren voor het verkrijgen van een uitkering voor een gehandicapte persoon.

Hoe zwaar de administratieve taken worden ervaren, werd bekeken aan de hand van drie modaliteiten:

- het gebruik van informatietechnologieën;
- de administratieve bureaucratie;
- hulp bij het aanpakken of outsourcen van de administratieve taken.

Het gebruik van informatietechnologieën

Het is al meteen duidelijk dat het administratieve aspect veel ondervraagde huisartsen zorgen baart. Volgens hen vormt vooral de uitvoering van de administratieve taken, meer nog dan de lange werkuren, een duidelijke bron van frustratie.

« Iedereen haalt het aan, en het is ook zo: administratie is met de jaren zwaarder geworden. Vroeger had ik één voorschriftenboekje, nu heb ik altijd acht boekjes bij, en ik heb er nog vierentwintig andere » [Huisarts NG, M, 61 jaar, Limburg]

Volgens sommige huisartsen moet de bewering over verhoogde administratieve last, genuanceerd worden. Zoals:

« Administratie zwaarder geworden? Dat hangt er maar van af hoe je het bekijkt. Ik probeer zoveel mogelijk elektronisch te doen. In het begin vraagt dat wat inspanning. Maar is het nu zo'n inspanning om een pharmacon via de website aan te vragen? Ik stuur die aanvragen elektronisch door, hoewel je dat volgens de letter van de wet per post moet doen. Maar de adviseurs maken ook niet meer problemen dan nodig is. Inspecteurs zijn eigenlijk heel erg billijk, toch zeker als je voor het overige je werk goed doet. Als je alles naar de letter volgt, dan zal die administratie wel over je hoofd groeien. Maar het zijn soms ook diegenen die het meest klagen, die het slordigst zijn en die met niets in orde zijn. Of anders kunnen ze niet met een computer omgaan. Het wordt nu simpeler en het is weeral niet goed » [Huisarts NL, M, 53 jaar, West-Vlaanderen]

De informatica kan de administratieve taken verlichten, maar sommigen vragen zich af of dit wel de taak van de huisarts is. Voor anderen vormt het gebruik van informatica-hulpmiddelen op zich een probleem.

« Met het gebruik van computers en internet zou het makkelijker moeten zijn om dingen op te zoeken. Maar ik ben niet met computers opgegroeid. Domus Medica organiseert wel cursussen, maar ik verlies me telkens weer als ik met computers moet werken of er dingen mee moet opzoeken. Dat vraagt veel onnodige energie. De mutualiteit vereist bijvoorbeeld dat je BF-aanvraagformulieren zou downloaden, maar is dat allemaal de taak van de huisarts? De mutualiteit gaat veel attenter om met patiënten dan met huisartsen. Ik wil wel de evolutie van de geneeskunde volgen. Dat is al werk genoeg. Maar nu zou je ook allerlei administratief werk van de mutualiteit op je moeten nemen » [Huisarts NC, V, 51 jaar, Antwerpen]

Uit onze gesprekken blijkt dat de informatica-technologieën de administratieve last van de huisarts niet lijken te hebben verminderd. Voor sommigen heeft de informatica er niet toe geleid dat ze het papieren dossier van de patiënten vaarwel hebben gezegd en vaak bestaan het papieren dossier en het computerdossier naast elkaar.

« On reçoit tellement de papiers, ce qui engendrent que certains documents sont intégrés dans le dossier papier alors que d'autres sont intégrés au dossier informatisé » [Docteur FR, homme, 60 ans, Bruxelles]

De administratieve bureaucratie

Op het vlak van administratieve belasting hebben de klachten vaak betrekking op de verschillende modellen van medische attesten die worden gevraagd door de ziekenfondsen, de documenten die worden gevraagd door het RIZIV, de documenten die moeten worden ingevuld door patiënten die niet langer een beroep kunnen doen op de bijstand en aan wie het OCMW documenten geeft die moeten worden ingevuld om te kunnen genieten van uitkeringen voor gehandicapten. Men ervaart de administratieve taken die door deze instellingen worden opgelegd, als steeds zwaarder. Het uitoefenen van druk om de kosten in de sector van de openbare gezondheidszorg in bedwang te houden, wordt vaak aangehaald als reden voor de administratieve overbelasting.

Deze belasting wordt ervaren als iets dat geen enkel voordeel biedt voor de gezondheid van de patiënten, maar wel bijkomend werk genereert voor de huisartsen. Bovendien heeft de huisarts daardoor geen tijd meer om preventief op te treden en gezondheidspromotie te voeren bij de bevolking.

Sommige controles worden ook beschouwd als niet aangepast aan het patiëntenbestand van de huisarts. Zo houden de controles die door het RIZIV worden uitgevoerd op de prestatie- en voorschrijfprofielen van de huisarts geen rekening met specifieke populaties die door de huisarts worden verzorgd in het kader van bepaalde beroepsactiviteiten (bijvoorbeeld toezichthoudend arts voor een home met gehandicapte kinderen).

Ook de zorgtrajecten[2], hoewel volgens onze respondenten de intentie die hieraan ten grondslag lag erg goed was, worden ervaren als een verplichting:

« De regelgeving wordt alleen maar complexer. Het zorgtraject diabetes bijvoorbeeld is zo'n complex pad. Een eenvoudig diabetespasje zou even efficiënt zijn. Ook de terugbetalingen worden alleen maar complexer » [Huisarts NO, M, 45 jaar, Antwerpen]

Wat het OCMW betreft, wordt vaak aan bepaalde patiënten gesuggereerd om te trachten uitkeringen te verkrijgen als gehandicapte persoon wanneer alle andere vormen van vervangingsinkomens uitgeput zijn.

« Het OCMW en de ziekenfondsen geven deze formulieren met de mensen mee. "Je kan maar proberen." Ik word er niet voor vergoed.(…) Als ze het niet krijgen, dan ben ik de schuldige. Een pa over de aanvraag voor zijn dochter: "Jaja, ze gaat dat krijgen", "Is het nog niet ingevuld?", "Zolang ze het niet heeft moet ik maar betalen." De verantwoordelijkheid wordt op mij gelegd. Ik heb het gevoel nooit bijgewerkt te geraken. Ik zit dossiers vooruit te schuiven. Mijn man probeert me te helpen met een nieuw systeem om patiënten te ordenen. Ge begint iets, het is halfafgewerkt, er komt iets tussen. Als ik terugkijk dan ben ik al mijn hele leven zo" [Huisarts ND, V, 35 jaar, Limburg]

De vorderingen van het OCMW of andere instellingen dragen ook bij tot de administratieve belasting:

« Il faut demander au patient d'amener la carte. C'est la même d'ailleurs pour le CPAS et pour Caritas Catholica. Vous devez avoir une carte d'accès aux soins. Il faut la photocopier. Normalement pour Caritas, il faudrait même téléphoner chaque fois. Alors vous imaginez à 7 heures du soir téléphoner pour savoir si vous pouvez soigner telle personne. Et alors il faut photocopier la carte d'accès aux soins, faire une facture, faire une attestation de soins et l'envoyer. Parce que ça je n'ai jamais été bien organisée ce qui fait que je m'arrange pour être à jour avec le médical mais l'administratif traîne partout. Et il m'arrive en février de ne pas avoir encore remis la déclaration d'impôts de l'année précédente» [Docteur FI, femme, 56 ans, Hainaut]

---

2 Het zorgtraject organiseert en coördineert de verzorging, de behandeling en de opvolging van patiënten met een chronische ziekte. Momenteel kunnen twee groepen patiënten genieten van deze aanpak : patiënten met chronische nierinsufficiëntie of met type 2-diabetes.

Samengevat kunnen we stellen dat de klachten van de huisartsen voornamelijk op drie punten betrekking hebben:

- het administratieve werk dat wordt gegenereerd door de ziekenfondsen;
- de aanvragen van patiënten met het oog op het samenstellen van een dossier om te kunnen genieten van uitkeringen voor gehandicapten terwijl ze niet voldoen aan de omstandigheden die vereist worden, maar het eerder gaat om een laatste financiële strohalm die door de OCMW's wordt aangereikt;
- het in vraag stellen van de professionele onafhankelijkheid van de huisartsen door de overheid, met name op het vlak van voorschriften, terwijl het wellicht gaat om een patiëntenbestand met bijzondere kenmerken.

Administratieve hulp of outsourcing van administratieve taken

Outsourcing van bepaalde administratieve taken kan de werklast van de huisarts verminderen, maar hieraan hangt uiteraard een prijskaartje vast, en bovendien blijven bepaalde aspecten van het administratieve werk de verantwoordelijkheid van de huisarts.

« Je viens d'employer un secrétariat que je paie sur mon salaire qui me coûte très cher. Et qui ne fait pas encore tout. Qui s'occupe de la gestion de mon téléphone et qui accepte de temps en temps de gérer quelques papiers. Et j'ai un tas de papiers comme ça qui m'arrivent pour la reconnaissance d'un handicap... Mais il faut une heure et demie pour remplir un truc comme ça correctement. Les législations qui changent constamment. Peut-être qu'on pourrait investir comme certaines sociétés prennent conscience maintenant dans des services qui nous allègent la tâche. Des services de tris de papiers, d'aides administratives, de téléservice, de téléphone, de gestion, d'agenda, etc. » [Docteur FJ, homme, 36 ans, Liège]

Bepaalde huisartsen doen nu een beroep op kleine ondernemingen die hun diensten aanbieden voor het maken van afspraken, het eventueel innen van de schulden van de patiënten (betaling met kleefbriefjes van het ziekenfonds).

Wat de groepspraktijk betreft: die laat niet alleen toe om bepaalde uitgaven en investeringen onderling te verdelen, maar biedt vooral het grote voordeel van een medisch secretariaat dat ter beschikking van de huisarts wordt gesteld.

Het zijn vooral de huisartsen die alleen werken die klagen over het gebrek aan ondersteuning voor het uitvoeren van de administratieve taken. In enkele gevallen wordt informele hulp van buitenaf gezocht:

« Er is het Impulsfonds, met Impulseo, maar dat geld krijg je een jaar later, en het is een fractie van de kost om iemand parttime aan te nemen. Je moet dan door een periode van schuldopbouw. Dat kan ik momenteel niet opbrengen. Ik heb een huis af te betalen, en als ik meer zou werken, geeft mijn lichaam het signaal dat dit niet goed is. Om administratieve ondersteuning te krijgen zitten we als soloartsen echt in een onmogelijke situatie. Ik kan niemand voor een paar uur op onregelmatige basis aannemen » [Huisarts NF, V, 46 jaar, Oost-Vlaanderen]

Kernboodschappen

- **De administratieve last omvathet gebruik van ICT, de administratieve bureaucratie en de taken van een medisch secretariaat (afspraken maken, onthaal van patiënten, betaling van honoraria, enz.). Het gaat niet om wat te maken heeft met het statuut van zelfstandige en het beheer van de praktijk (boekhouding, bestellen van materiaal, enz.).**
- **Deze last blijkt, volgens de ondervraagde artsen, aanzienlijk toegenomen te zijn.**
- **De omvang van de klachten hangt af van hoe de arts kan omgaan met ICT, hij/zij alleen werkt of in groep, hij/zij over een medisch secretariaat beschikt (ter plaatse of uitbesteed).**

3.3.1.5 De wachtdiensten[3]

De wachtdiensten werden los van de gemiddelde wekelijkse werkduur in beschouwing genomen. Hun frequentie hangt voor elke huisarts inderdaad af van een zeker aantal parameters: de geografische zone en dus het werkingsgebied[4], de leeftijd en het aantal huisartsen die deel uitmaken van de kring, de organisatorische en beslissingsmodaliteiten die in de kring worden genomen, enz.

In sommige geografische zones is er een gebrek aan huisartsen die de wachtdiensten voor hun rekening kunnen nemen, niet alleen omwile van het kleine aantal huisartsen, maar ook omwille van hun leeftijd. Door een ongunstige leeftijdspiramide ten aanzien van de jongste leeftijdscategorieën en het vrijstellen van wachtdiensten na 60 jaar, kunnen in bepaalde geografische zones problematische situaties ontstaan. De manier waarop de wachtdiensten in de praktijk worden georganiseerd, is niet overal hetzelfde: in sommige gebieden nemen huisartsen wachtdiensten op zich tot de leeftijd van 60 jaar, in andere gebieden worden ze vrijgesteld vanaf 50 jaar.

De ervaringen en de standpunten van de huisartsen met betrekking tot de wachtdiensten zijn dus erg verschillend.

« We hebben behoorlijk wat druk van de wachtdienst. We doen er ieder vier per jaar. Hier in de gemeente is er dispensatie van wachtdienst boven de vijftig jaar. De groep die geen wachtdienst moet doen is groter dan deze die wel wachtdienst doet. Met de jongeren proberen we ertegen in te gaan » [Huisarts NM, V, 37 jaar, West-Vlaanderen]

Een aantal huisartsen wijst op de pensionering van een aantal collega's en stelt zich de vraag hoe de wachtdiensten zullen worden gegarandeerd.

Deze werkbelasting wordt erg verschillend ervaren afhankelijk van de manier waarop de huisartsen omgaan met hun patiënten, het ritme van de wachtdiensten, maar ook de inhoud van de medische interventie die wordt gevraagd en gerealiseerd.

« …Les gardes de semaine, si je les fais, ça va. C'est plus calme qu'avant quand même. Globalement les gardes sont plus calmes. Q : Pourquoi ? R : Je ne sais pas. Peut-être que les patients commencent à être un peu éduqués. Avant, les gens appelaient n'importe quand. Je garde des souvenirs abominables des gardes. J'en ai une peur bleue. C'était tellement infernal que j'ai des réactions de fuite par rapport à cela. Q : Qu'est-ce qui était infernal ? R : Le rythme. La charge. Quand vous aviez 60-70 appels sur 24 heures, vous êtes jeune ça va mais quand vous êtes fatigué….j'ai tellement été marqué par les gardes de nuit qu'effectivement chaque fois que je suis de garde je ne suis pas à prendre avec des pincettes. Je suis nerveux, tout tendu. Quand j'avais 60-70 appels, s'il y avait trois véritables urgences qui nécessitaient un médecin de garde, c'était beaucoup. C'était surtout rempli de machins qui pouvaient attendre franchement le lundi » ". [Docteur FG, homme, 38 ans, Liège]

Deze houdingen van de patiënten ten aanzien van de wachtdiensten die werden getolereerd tijdens de plethora van de jaren 80, worden nu verguisd als zijnde de oorzaak van stress en risico van burnout. Werken met strak gespannen zenuwen zorgt ervoor dat men ongetwijfeld minder tolerant is voor elk onvoorzien element dat niet als daadwerkelijk urgent wordt gezien. Patiënten zijn dus meer "uitputtend" (Dokter FE, vrouw, 52 jaar, Brussel), maar ongetwijfeld is er een nauw verband tussen de neiging om ze als zodanig te beschouwen en de praktijkcontext. Dit is een vicieuze cirkel waar de werkbelasting en de irritatie ten aanzien van "inadequate" patiënten zich onderling in stand houden.

Wanneer wordt gesproken over de manier waarop een beroep wordt gedaan op de wachtdienst en de extra belasting die dit met zich meebrengt, komt ook de opvoeding van de patiënt ter sprake.

---

3 De studie 2010-15 (HSR) van het KCE « Wachtdienst in de huisartsgeneeskunde : welke oplossingen zijn er ? » die momenteel wordt uitgevoerd, zou ook interessante elementen aan het licht kunnen brengen op het vlak van zorgcontinuïteit.

4 Zie in dit verband het K.B. van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen.l waaronder de organisatie van wachtdiensten.

« Et c'est vrai que dans les derniers mois, le téléphone a vraiment failli passer quelques fois par la fenêtre à cause d'appels que, moi, je juge complètement inopportuns en garde, quand on m'appelle à 23 heures parce qu'on a mal à la gorge depuis trois jours, ou qu'on me réveille à 5 heures du matin pour un mal à l'épaule qui est arrivé soudainement. Et donc, je pense que les patients pourraient quand même attendre 8 heures du matin » [Docteur FH, femme, 38 ans, Brabant Wallon].

Verschillende huisartsen maken ook gewag van de mentale belasting die door wachtdiensten wordt veroorzaakt omdat men beslissingen moet nemen zonder dat men de karakteristieken van de patiënt kent:

« Als het werk door een dokter van wacht gebeurt, dan heeft die arts geen context. Hij zal bijvoorbeeld gemakkelijk geneigd zijn om iemand in de kliniek te laten opnemen. In een groepspraktijk ligt het al beter omdat de artsen iemands dossier dan kunnen consulteren. Maar je geeft daar veel tijd in het doorgeven van informatie » [Huisarts NC, V, 51 jaar, Antwerpen]

Deze onzekerheid met betrekking tot de voorgeschiedenis van de patiënt tijdens wachtdiensten kwam verschillende malen ter sprake. Verschillende van de ondervraagde huisartsen benadrukten het nut van het ter beschikking stellen van een soort liaisonboekje, vooral dan voor bejaarde chronisch zieke patiënten.

Q : « Quand vous faites des gardes, avez-vous accès au dossier des patients ? R : Non. Moi, j'essaie de mettre des dossiers chez les gens en fait, un petit carnet de liaison des choses comme ça. Mais tout le monde n'en n'a pas. Et tout le monde ne fait pas ça de toute façon mais moi, je ne suis pas là pour jeter la pierre aux autres. Les patients qui ont de multiples problèmes ils ont quand même des carnets de liaison en général » [Docteur FP, femme, 59 ans, Liège]

Waar huisartsen zich ook grote zorgen om maken, is dat er geen reglementaire compensaties bestaan voor het garanderen van een dergelijke openbare dienstverlening: financiële compensaties, recuperatietijd die wordt vergoed, enz.

« Je trouve très injuste qu'on nous demande, qu'on nous oblige quelque part à assurer un service public avec des contraintes qui deviennent de plus en plus énormes en termes d'horaire de travail, de travail de nuit, de travail de week-end etc, sans que nous ayons des protections quelque part comme n'importe quel travailleur » [Docteur FK, femme, 33 ans, Namur - rural]

Er werden echter al enkele oplossingen uitgewerkt.

« Er is nu ook een weekwachtdienst van de gemeente net zoals er al een weekendwacht was. Een wachtdienst vraagt een gedragsverandering van de patiënt. We doen dit nu anderhalf jaar. We zijn wel sommige patiënten kwijt geraakt en andere reclameren nog. Maar de meesten hebben het aanvaard. De patiënt moet een ander gedrag vertonen. De continuïteit van de zorg van de patiënt wordt meer en meer gedeeld met de wachtdienst » [Huisarts NE, M, 58 jaar, Antwerpen]

Het idee van het creëren van een centrale wachtpost waar elke huisarts een bepaald aantal uren presteert, is niet iets waar men overal mee instemt. Het idee wordt de ene keer aanvaard en de volgende keer verworpen.

« Er is ook het idee besproken van een centrale wachtpost, waar ieder gewoon zijn uren gaat draaien. Maar er is geen meerderheid voor. In de aangrenzende gemeente doet men liever om de zes weken zijn vierentwintig uren in zijn eigen kabinet, dan acht uren op een centrale wachtpost te gaan zitten. Maar men zit daar vlakbij het ziekenhuis, dus op vierentwintig uren zien ze maar twaalf patiënten, terwijl het er hier soms veertig zijn, waarvan een deel vrij verre huisbezoeken. Ik vind zo'n centrale wachtpost ideaal. Er is iemand die ter plaatse zit, terwijl de andere op huisbezoek gaat. En je weet dat je er van zo laat tot zo laat zit. Mensen komen nu al gemakkelijker naar de huisarts, in plaats van een huisbezoek te vragen. Met zo'n centrale wachtpost gaan ze wel misschien twintig kilometer moeten rijden » [Huisarts ND, V, 35 jaar, Limburg]

Kernboodschappen

- **De perceptie die men heeft van de belasting door de wachtdiensten varieert in functie van verschillende parameters: de leeftijdspiramide in het werkingsgebied, de pensionering van collega's in de nabije toekomst, verplaatsingen naar de patiënten, de organisatie van centrale wachtposten.**
- **Er zijn twee soorten klachten: de"valse noodgevallen" doordat patiënten onnodig beroep doen op de arts, en de schaarste door de structurele omstandigheden van de wachtdienst (het ontbreken van een financiële compensatie en/of recuperatietijd)**

3.3.2 Tweede aspect: de kwaliteit van het werk van de huisarts

3.3.2.1 De relatie met de patiënt

Onder dit thema worden vier punten behandeld:

- de bevoorrechte relatie die met de patiënt wordt opgebouwd;
- patiënten met sociale en/of psychische problemen;
- de professionele autoriteit van de huisarts en het in vraag stellen daarvan;
- de vraag naar respect.

Een bevoorrechte relatie met de patiënt

Over het algemeen zeggen huisartsen dat ze met hun patiënten een bevoorrechte relatie opbouwen. Dat is vooral het geval in een solopraktijk. Verschillende huisartsen verklaarden ook dat dit wederzijds is: patiënten hebben een bevoorrechte relatie met hun huisarts.

In een groepspraktijk wordt deze relatie gedeeld. Het is dan ook erg belangrijk om de patiënt uit te leggen dat de zorgcontinuïteit wordt gegarandeerd.

« Een soloarts wordt door de patiënt vaak gezien als zijn lijfarts. In een groepspraktijk moet je de patiënt uitleggen dat hij nog steeds een vaste arts heeft, maar dat als die niet beschikbaar is, een andere arts zijn dossier kan raadplegen en hem kan verder helpen. De patiënt weet zo dat de continuïteit van de dienst is verzekerd. En hij vindt dat dan een goede zaak. Terwijl vroeger, wanneer de arts op vakantie was, had de patiënt niemand » [Huisarts NJ, M, 56 jaar, Antwerpen]

Deze bevoorrechte relatie wordt samen opgebouwd. Het profiel van een huisarts stemt overeen met een patiëntenprofiel.

« Elk patiëntèle groeit mee met het profiel van de arts. Mijn publiek is meer de middenklasse – eerder mensen met een wat gestructureerd leven » [Huisarts NO, M, 45 jaar, Antwerpen]

Zo staat bij bijna al onze respondenten de bezorgdheid centraal voor de psychologische dimensie van hun praktijk.

« C'est très lourd quand on est avec des patients qui font des transferts massifs. Bon. On ne peut pas l'éviter. En même temps, je dirais que c'est quand même aussi un gage de qualité quelque part d'autoriser le patient dans son transfert. Sinon, c'est effectivement, le patient anonyme, c'est juste la bronchite, l'infection urinaire…voilà. Mais qui est la personne ?...J'ai bien conscience que mon abord est un abord beaucoup plus psy. Mais, je pense qu'être un très bon clinicien et maintenir son niveau de performance…son niveau clinique pur, c'est indissociable d'être sur le plan psy. Mais, en médecine générale, il faut marcher sur les deux pieds. Je le dis parfois 'on marche d'une part avec la clinique et d'autre part avec le psy' » [Docteur FD, homme, 60 ans, Bruxelles]

Belangrijk bij burnout is het aspect van de relatie met de patiënten, die kan worden uitgedrukt in termen van afstand en bereikbaarheid voor de patiënten. Soms worden onoverkomelijke beperkingen geformuleerd, zoals een incidenteel onvermogen om slecht nieuws over te brengen, om patiënten tot op het einde te begeleiden, om de familie op de hoogte te brengen, ze te ondersteunen, ze gerust te stellen.

« Mais, par exemple, annoncer un décès, j'en suis incapable. Je ne sais pas. Et pourtant, on est obligé. Mais ça se passe mal. Je ne sais pas, je ne supporte pas. Quelquefois, j'ai dû le faire mais bon, c'est intenable pour moi. Il y a des femmes qui s'impliquent émotionnellement mais qui malgré tout assurent. Elles savent assumer comme par exemple annoncer des mauvaises nouvelles ou bien discuter de problèmes très, très graves avec les patients, etc. Je veux dire qu'il y a des gens qui effectivement savent….Les prêtres moi je trouve qu'ils font ça très bien. Ils savent effectivement écouter et sans que l'émotion ne les atteigne. Mais ils écoutent quand même » [Docteur FM, femme, 51 ans, Bruxelles]

Het zoeken van de juiste afstand maakt deel uit van het beroep. Sommige ondervraagde artsen zit hun psychologische opleiding vol met leemtes. Anderen proberen zichzelf bij te scholen door een meer diepgaande cursus psycho-analyse te volgen. Maar deze cursussen komen meestal uit een gevulgariseerd aanbod van zeer wisselende kwaliteit.

« In mijn opleiding is communicatie met de patiënt zeker aan bod gekomen; ook ethische kwesties. Maar het ging om richtlijnen, trics en tips. Allemaal zaken waarmee je juist voorbij gaat aan de individualiteit van de patiënt. Er was en is nog steeds geen aandacht voor wat communicatie met de patiënt met je eigen gevoelens doet. Eigenlijk ga je vanuit je opleiding met de patiënt om als met een object. Kortom de huisarts is diegene die het sterkst bij de patiënt staat. Maar negen keer op tien moet hij geruststellen. Precies voor die psychologische component is de huisarts nu juist niet opgeleid » [Huisarts NA, M, 28 jaar, Oost-Vlaanderen].

Het belang van een initiële en voortgezette opleiding in de psychologie, de noodzaak aan supervisie, de mogelijkheid van psychologische opvolging werden door heel wat respondenten te berde gebracht. Weinigen van hen verklaarden echter dat ze bijvoorbeeld aan een Balint-groep hadden deelgenomen. Ofwel ontbrak hen de tijd, ofwel namen ze hun toevlucht tot korte weekendformules die gewijd waren aan luisteren, empathie of Boeddhistische filosofie (Dokter FB, vrouw, 40 jaar, Waals-Brabant).

Heel wat ondervraagde huisartsen willen juist geen een onaantastbare afstand tot de patiënt afdwingen, maar leggen de nadruk op de kracht van een grotere nabijheid ten aanzien van hun patiënten. De cursor van de goede afstand lijkt een stukje dichterbij geschoven te zijn. Voor hen staat deze keuze garant voor beter begrip en wederzijds respect. *« Je ne crains pas de dire mes vulnérabilités »* zegt deze arts (Dokter FB, Vrouw, Waals-Brabant), de patiënten « *deviennent plus capables d'accepter certaines de mes limites* ». Deze nabijheid heeft ongetwijfeld zijn prijs.

« Ils sont plus exigeants et en même temps ils deviennent aussi plus capables d'accepter certaines limites. Je crois que ce qui fait beaucoup aussi c'est la féminisation de la médecine, j'imagine que c'est plus facile pour un patient de s'entendre dire « non » par une femme parce qu'on rentre chez nous, on a le repas à faire, il y a le ménage, il y a le repassage et aller chercher les gosses à la crèche etc. Et donc ça permet peut-être aussi une plus grande identification du patient en disant : « oui, ok, elle a ses mômes, elle a sa maison » (…) Ma génération, on a moins peur aussi de dire aux gens : « écoutez, désolée, je ne suis pas là entre telle heure et telle heure parce que je vais chercher mes enfants ». (…) Et donc ça c'est quelque chose que je n'osais peut-être pas trop faire au début de ma pratique. (…) Mais je trouve qu'il y a encore beaucoup de généralistes qui n'osent pas… Je dirais qui ont peut-être peur d'être trop exposés. (…) Arriver finalement à garder une distance juste avec les patients. Tout en restant ouvert. Et je pense que parfois l'ouverture, ou faire preuve de sa vulnérabilité peut parfois être une force… » [Docteur FB, femme, 40 ans, Brabant Wallon).

Patiënten met een psycho-sociale problematiek

In sommige streken, zoals Henegouwen, zien de artsen een sterke sociale achteruitgang, de patiënten verdringen elkaar in de wachtzaal en hun problematiek heeft meer en meer een sociaal en psychologisch karakter. Eén arts klaagt over de "taylorisatie" van de consultaties en de depersonalisatie die ermee gepaard gaat. Er is « plus le temps d'écouter convenablement » en men heeft « plus l'impression de faire un métier intelligent » (Dokter FF, man, 55 jaar, Henegouwen). Deze arts voelt zich « trop impliqué » zoals hij zelf zegt, en heeft moeilijkheden om de emotionele belasting onder controle te houden, vooral omdat er een toezichthoudende structuur ontbreekt.

In Brussel zouden de patiënten agressiever geworden zijn maar, zoals de ondervraagde arts zegt, dat is « parce que quelque chose dans leur vie ne va pas et qu'ils viennent le déverser » bij hem [Dokter FD, man, 60 jaar, Brussel].

De psycho-sociale problemen zouden de laatste jaren dus sterk toegenomen zijn met als gevolg een complexere, multifactoriële problematiek. En deze problematiek komt terecht in de praktijk van de huisarts. Voor dokter FD is het niet zozeer de arts die het sociale medicaliseert als de medicalisatie die zich opdringt aan de arts. Hier kunnen we twee soorten houdingen vaststellen: ofwel machteloosheid, ofwel delegeren naar meer bevoegde instanties; deze laatste oplossing is natuurlijk alleen denkbaar als dergelijke diensten in de betrokken zone beschikbaar zijn.

Huisartsen worden vaker geconfronteerd met meer complexe, sociale, psycho-somatische problematieken (Dokter FL, man, 59 jaar, Namen), klachten waarvoor moeilijk een medische diagnose kan worden gesteld (Dokter FH, vrouw, 38 jaar, Waals-Brabant), klachten die betrekking hebben op het werk, het onbehagen van adolescenten (Dokter FE, vrouw, 52 jaar, Brussel), patiënten die in een hachelijke situatie zitten (Dokter FS, vrouw, 48 jaar, Henegouwen). Dit zijn talrijke situaties die afwijken van het klassieke medische schema en die van de arts vereisen dat hij/zij een schema voor interpretatie en actie opstelt binnen het klinisch gebeuren. Deze op te stellen schema's schetsen een weinig aangenaam praktijkkader, wat nog eens bovenop de onzekerheid komt die eigen is aan de medische wetenschap.

« … un fait objectif qu'on me renvoie toujours c'est que les situations psycho-médico-sociales se sont fortement détériorées dans les dix, quinze dernières années. Les problématiques sont effectivement plus complexes, multifactorielles, polymorphes. Q : Cela a joué dans votre épuisement ? R : Oui, oui. Si je pouvais faire comme je voulais, je devrais mettre mes consultations à une heure par patient. Ceci, pour avoir l'espace suffisant pour traiter de situations complexes et de me permettre effectivement d'aborder les différentes facettes du problème. Donc, la porte d'entrée, elle est presque toujours un symptôme médical, forcément… on passe chez le médecin. Et puis très vite si on explore un peu en périphérie la situation familiale, la situation professionnelle, la situation financière, on lève des lièvres et on se rend compte à quel point les gens sont complètement dans la m... » [Docteur FD, Homme, 60 ans, Bruxelles]

Ook "culturele barrières" worden vaak vermeld. Volgens de ondervraagde artsen zijn die geworteld in de voorstelling die de patiënt van de geneeskunde en van de arts maakt en die gebaseerd zijn op de ervaringen in zijn land van herkomst.

« Maar we hadden heel veel probleemgezinnen. Ook veel Oost-Europeanen met onder andere psychosomatische problemen. Die brachten ook veel vertaalproblemen mee. Je moet dan werken via de tolkentelefoon. Er zijn veel misverstanden, ook door culturele barrières. Men weet bijvoorbeeld niet wat een huisarts is: 'Je hebt niet eens een witte jas aan, ik ga naar het ziekenhuis' » [Huisarts NP, V, 40 jaar, Oost-Vlaanderen].

Deze "culturele barrières" nemen de vorm aan van taalproblemen en tekortkomingen op het vlak van onderwijs en reflexiviteit.

« Ik heb vaak te maken met een hulpbehoevende populatie, die weinig ontwikkeld is, soms zelfs analfabeet, en die weinig sociaal leven heeft. Een informatief gesprek kan soms heel moeizaam verlopen: mensen die hardhorig zijn, dialect spreken, redeneerproblemen hebben. Je moet vaak terugvallen op het gedrag van de klassieke, autoritaire dokter, dat de mensen gewoon zegt wat ze moeten doen» [Huisarts NA, M, 28 jaar, Oost-Vlaanderen].

De professionele autoriteit van de huisarts en het in vraag stellen van deze autoriteit

De technologische ontwikkelingen op het vlak van informatica en communicatie (internet) hebben de relaties met de arts veranderd, omdat hierdoor veel meer informatie beschikbaar is dan voorheen: sommige patiënten stellen zelf een diagnose in functie van de websites die ze hebben geraadpleegd en vragen dan aan de huisarts om geneesmiddel X voor te schrijven waarover ze op het internet hebben gelezen. Deze vulgarisering van de medische kennis heeft niet alleen positieve aspecten want sommige patiënten beslissen zelf over wat goed voor hen is terwijl ze daarom niet noodzakelijk over de aangepaste werkinstrumenten beschikken.

En dan zijn er ook nog patiënten die zeer hoge eisen stellen aan hun huisarts, eisen die in de ogen van die artsen onredelijk zijn, vooral op het gebied van prestaties en beschikbaarheid , 's nachts, overdag, op elk moment, onmiddellijk.

Deze artsen zijn van mening dat deze patiënten de gezondheidszorg gewoon als een consumptieproduct beschouwen. Ze vragen hen rekeningen en eisen vaak bijkomende onderzoeken en behandelingen die niet gerechtvaardigd zijn.

« Par exemple, un monsieur qui vient chez moi parce qu'il a décidé de changer de médecin. Il vient avec une liste de médicaments qu'il prend. Beaucoup de médicaments à forte doses. Des antidépresseurs, des anxiolytiques… Il demande que je lui prescrive tout cela. Je lui réponds: 'Je ne vois pas pourquoi je devrais vous prescrire tous ces médicaments-là sans avoir fait les diagnostics moi-même'. Sa réponse : 'Si vous voulez demander l'avis de ceux qui m'ont soigné avant, c'est votre problème et vous verrez que je dois prendre tout ça'. Mon métier, ce n'est pas celui-là. Mon métier, ce n'est pas de faire des prescriptions de médicaments. C'est plutôt de faire des diagnostics, d'aider les patients, pas de leur prescrire des médicaments pour qu'ils restent dans leur pathologie jusqu'au bout » [Docteur FP, femme, 59 ans, Liège.]

Een oudere huisarts vertelt over de enorme culturele wijzigingen in het patiëntenbestand: de arts wordt niet langer beschouwd als een autoriteit maar als een leverancier van diensten die permanent kan worden geëvalueerd door de patiënt.

« Er is ook een verandering bij de patiënten. Er is minder ontzag of eerbied. Net als bij de schoolmeester of bij pastoor is het aureool van de dokter weg. Mensen zijn kritischer, veeleisender. Bij een huisbezoek moet er plaats en tijd worden gemaakt voor het onderzoek. Maar nu word je soms door een ander lid van de familie onderbroken. Of je krijgt niet eens een stoel of een tafel aangeboden. Op de wachtdienst eist men je soms op, terwijl bijvoorbeeld de man gewoon te veel gedronken heeft. Ik zit dan veel meer dan vroeger met de vraag of ik dit wel moet opbrengen. Vroeger waren patiënten je dankbaar in de zin van dankbaar voor het leven. Nu is men ook nog wel dankbaar, maar meer situatiegebonden. Men evalueert je. Nu heb je goede beslissingen genomen, maar later kan je slecht worden geëvalueerd. Men vindt dat men kritiek mag spuien. Sommigen toch. Mensen halen ook zelf informatie. Maar vaak hebben ze dan de klok horen luiden zonder te weten waar de klepel hangt. Men denkt soms met een paar vragen u uit uw balans te halen. Dat had je vroeger niet » [Huisarts NG, M, 61 jaar, Limburg]

Jongere huisartsen hebben er minder problemen mee dat patiënten een oordeel vellen over hun praktijk.

« Het gebeurt soms wel, mensen die eigenlijk al overal zijn gaan informeren, en dan komen polsen. Eigenlijk heb ik daar geen probleem mee. Ik zeg ook vaak tegen patiënten: 'Dit is mijn advies, je doet ermee wat je wil. Ik klop niet op tafel' » [Huisarts NM, V, 37 jaar, West-Vlaanderen].

Samengevat kunnen we stellen dat veel huisartsen opmerken dat niet alleen hun activiteit, maar ook hun relatie met de patiënten enorm veranderd is, en dat relaties gebaseerd op vertrouwen en autoriteit plaats hebben gemaakt voor relaties die eerder consumptiegericht zijn. Voor een arts die ermee wordt geconfronteerd kan bovenstaand gedrag aanleiding geven tot spanningen.

De vraag naar respect

De vraag naar respect van de andere persoon wordt vaak vermeld: patiënten zien je vaak niet als persoon (Dokter FG, man, Luik), respecteren je privéleven niet (Huisarts DN, Vr., Limburg), strooien roddels rond (Dokter FN, man, Luik), zonder nog te spreken over bedreigingen, die door niets gerechtvaardigd worden (Dokter FQ, Vr. Henegouwen).

« Ik heb het gevoel dat ik 24h/24 en 7d/7 huisarts ben. Op een familiefeestje ben ik nog altijd 20% huisarts; bij vrienden 30%. Het wordt nooit nul. (…) In het dorp wonen, vind ik voor een stuk wel fijn. Mensen mogen mij in privé medische dingen vragen. Maar ze gaan soms over een grens, over mijn grens. Mensen die tijdens mijn bevallingsverlof in mijn living staan voor een voorschrift voor chronische aandoening, terwijl de praktijk open is. Naar Delhaize of naar de frituur stuur ik mijn man - die begrijpt dat allemaal - omdat ik geen zin heb om patiënten tegen te komen » [Huisarts ND, V, 35, Limburg]

Sommige patiënten laten hun ongeduld ten aanzien van andere patiënten en de wachttijd duidelijk zien op een vaak brutale en/of onaangename manier, maar eens het hun beurt is, nemen ze enorm veel consultatietijd in beslag.

« Ils ont juste une ordonnance à me demander, juste un papier à remplir… et puis, ils s'installent et commencent à parler. Alors, je leur dit que cela ne va pas, les autres (patients) attendent…. ». [Docteur FO, femme, 53 ans, Liège]

Sommige patiënten worden beschuldigd van manipulatie. En de meest voorkomende poging tot manipulatie die door huisartsen wordt ervaren is de vraag om een medisch attest.

« Mijn grote probleem met huisartsgeneeskunde is dat patiënten de huisarts als pispaal gebruiken. Een patiënt gaat niet werken, komt 's avonds zonder uitleg op consultatie, en vraagt dan op het laatste moment om een ziekenbriefje. Zo zet hij je het mes op de keel. Dat soort situaties kom je voortdurend tegen. Je kan niet autonoom en correct beslissen. De meeste artsen geven toe, omdat dit de gemakkelijkste manier is om hun geld te verdienen » [Huisarts NS, M, 37 jaar, Antwerpen]

Andere huisartsen maken duidelijk hoe zij met deze problematiek omgaan.

« Als een patiënt me iets vraagt dat ik niet goed vind, zeg ik bijvoorbeeld: "ik zal het een keer doen, maar je moet het me geen tweede keer vragen'." Dat is een compromis waardoor ieder ongeschonden blijft, en mensen zich vervolgens toch correct gedragen » [Huisarts NR, V, 49 jaar, Antwerpen]

Ook de praktijk van het medisch shoppen wanneer een patiënt niet krijgt wat hij wil, wordt ter sprake gebracht.

Slechts weinig huisartsen maakten tijdens de gesprekken gewag van werkelijk agressief gedrag van de patiënt.

Q : En vous déplaçant lors des gardes, avez-vous été victime d'agressions physiques ou verbales ? R : Sincèrement, exceptionnellement. Une fois…mais c'est plus anecdotique qu'autre chose. Je n'ai jamais eu de gros problèmes. Parfois, les patients sont agressifs verbalement. On ne vient pas à la minute où ils veulent : 'Alors, ne venez plus. Vous n'avez plus besoin de venir'. Mais, je pense que quand on exerce au centre-ville, cela doit être pire… je crois que ce qui use, c'est plutôt tous ces petits problèmes de manque d'éducation des gens » [Docteur FO, femme, 53 ans, Liège]

Het gebeurt slechts zelden dat er lichamelijke agressiviteit is. Er is soms wel verbale en/of psychologische agressiviteit na het overlijden van een naaste of het aankondigen van een ernstig gezondheidsprobleem.

Kernboodschappen

- **Volgens de ondervraagde huisartsen is er een bepaalde spanning tussen de positieve kant van de relatie met hun patiënten, zoals de geprivilegieerde relatie bijvoorbeeld in een solo-praktijk en de negatieve kant van de relatie, zoals het toenemende gebrek aan respect van de patiënten.**
- **Ze leggen de nadruk op de psychologische dimensie van hun praktijk en, meer nog, op de noodzaak van een globale aanpak van de patiënten. Vervolgens wordt de problematiek van de "juiste afstand" binnen de relatie aangekaart. De meeste huisartsen beschouwen zichzelf als onvoldoende opgeleid in de psychologie.**
- **De nabijheid binnen de relatie is erg broos omdat culturele veranderingen deze relatie sterk onder druk zetten:de popularisering van de medische kennis door ICT, de eisen van patiënten op het vlak van dienstverlening (aanvullende onderzoeken en behandelingen, het verkrijgen van medische attesten), de cliëntelistische benadering en het medisch shoppen...**
- **De problemen die men ondervindt zijn multidimensioneel en vaak veel complexer dan in het verleden, waardoor de huisarts uit zijn klassiek medisch stramien moetstappen. Dit geldt vooral in regio's met een sterke sociaal-economische achteruitgang.**
- **Zeer weinig huisartsen rapporteerden gevallen van lichamelijk of verbaal geweld. Ze vinden wel dat het beroep met talrijke vormen van miskenning te maken krijgt: het niet erkennen van specifieke competenties, gebrek aan respect, de eis van onmiddellijke beschikbaarheid, enz.**

3.3.2.2 De relatie met collega's

De relatie met collega's-specialisten lijkt niet vanzelf te gaan. Volgens onze respondenten lijdt de huisartsgeneeskunde aan een gebrek aan legitimiteit ten opzichte van de ziekenhuisgeneeskunde en de specialismen.

« De samenwerking met specialisten is veel verbeterd. We werken samen aan de gezondheid van de patiënt. Ik beschouw mezelf niet als beter of slechter dan de specialist. Het landschap is veranderd. Het vijandsbeeld of de terreinverdediging is verdwenen. Jonge artsen communiceren nu veel meer met elkaar. Ook dat maakt het rustiger om te werken. (…) Voor de arts is erkenning rond zijn zorg voor de patiënt heel belangrijk. Een begeleidende brief van de huisarts, maar de specialist geeft er nauwelijks aandacht aan: dat is een ontkenning van uw functie als beheerder van het GMD en coach van de patiënt » [Huisarts NE, M, 58 jaar, Antwerpen]

Dit proces waarbij de huisartsgeneeskunde ten dele wordt vervangen door de gespecialiseerde geneeskunde wordt door de patiënten zelf in gang gezet.

Maar ook in de "collegialiteit tussen huisartsen" zijn er spanningen merkbaar. Als men op sommige dertigers van onze onderzoekspopulatie afgaat, lijkt het dat de oudere huisartsen de recente veranderingen die de uitoefening van het beroep heeft ondergaan niet volledig hebben geïntegreerd. Ook is er vaak onbegrip van de oudere huisartsen over het beeld dat jongere huisartsen van het beroep hebben.

« Je sentais de l'incompréhension. Mes confrères plus âgés, je pense qu'ils avaient vite fait d'estimer qu'on n'est pas prêt à en faire autant qu'eux. On est un peu fainéants entre guillemets. Même s'ils montraient une certaine compréhension, cela transparaissait dans les réunions. Ils ne se privaient pas de dire qu'il faudrait deux jeunes médecins pour remplacer un ancien, ce qui est tout à fait vrai d'ailleurs. Ils se consacrent entièrement à leur métier et cela a parfois fait des dégâts au niveau privé » [Docteur FC, homme, 35 ans, Luxembourg]

In de LOK's en de dodecagroepen[5] praten artsen onderling niet[6] over het feit dat ze overladen worden met werk of over de psychologische moeilijkheden die voortvloeien uit de "belemmeringen" om goed te werken. Omdat de oplossing ongehoord is, en regelrecht zou ingaan tegen de belangrijkste waarde, nl. absolute toewijding. Voor veel oudere huisartsen zou het erkennen van de morbiditeit van het medische werk trouwens inhouden dat ze meerdere decennia van ontkenning in vraag zouden moeten stellen.

Een van de plaatsen waar die gesprekken mogelijk lijken te zijn, is de groepspraktijk of het medisch huis. Maar die plaatsen zijn niet, zoals de LOK's of de dodecagroepen, voornamelijk symbolische plaatsen die het medische standpunt verheerlijken. Het zijn in de eerste plaats arbeidsplaatsen waar men een gedeeld secretariaat en gemeenschappelijke computerdossiers, de tijdsverdeling voor het contact met de patiënten, technische investeringen, bespreekt. Kortom, het zijn productieve logistieke plaatsen die duidelijk de contouren en de inhoud van de praktijk aangeven. Men zou denken dat men op die plaatsen zonder valse schaamte zou moeten kunnen praten over de grenzen van het engagement, omdat juist daar dit engagement collectief is en de grenzen dus geïndividualiseerd. De patiënt wordt niet aan zijn lot overgelaten en aan de arts wordt geen imaginaire functie opgelegd in weerwil van de concrete arbeidsomstandigheden. De geneeskunde is er ook een job. De groepspraktijk is echter geen wondermiddel. Volgens sommige respondenten lag daar de oorzaak van hun burnout. Meningsverschillen over de betekenis zelf van de collectieve activiteit, met name in medische huizen (“maisons médicales”) met hun politieke uitdagingen in termen van gelijke beloning en van transformaties van het zorgsysteem kunnen uiteraard leiden tot frustraties, teleurstellingen en soms zelfs het achteruitstellen van minderheden (Dokter FD, man, Brussel).

Nog radicaler is het standpunt waarin wordt gesteld dat de geneeskunde in de eerste plaats een job is (Dokter FG, man, Brussel). Dit is het standpunt van de arts die van mening is dat de geneeskunde lijdt aan een ideologisch omhulsel waardoor alle misbruiken, zowel door de patiënten als door het systeem, worden gerechtvaardigd. Het statuut van de arts is een sociaal statuut en geen ontologisch statuut. « Ik definieer mezelf niet als arts » zal hij zeggen. Dit statuut wordt volgens hem slecht verdedigd, precies omwille van de morele verwarring. De arts moet worden beschouwd als een werknemer zoals alle andere, die recht heeft op recuperatiedagen, een fatsoenlijke behandeling, leefbare werkuren. Het wekt verbazing vast te stellen dat deze arts, volgens zijn eigen verklaring, in schril contrast staat met zijn collega's die hij trouwens niet vaak ontmoet. Een barst in de collegialiteit dus. Hij betaalt deze positie, die hij ten volle en zonder enige schaamte aanvaardt, dus met een spectaculair isolement en een zeker cynisme. Dit laatste is perfect compatibel met een uitgesproken professioneel bewustzijn. Daarentegen besmet de kritische redenering hier zelfs de medische kennis zelf, een kennis die elders regelmatig wordt gerelativeerd, maar die hier van zijn geheimzinnigheid wordt ontdaan.

---

5 De dodecagroepen zijn groepen artsen die periodiek samenkomen (ongeveer 10 keer per jaar) om een medische kwestie te bespreken op basis van een theoretische uiteenzetting en dit vanuit het gezichtspunt van de huisarts. Tijdens deze vergaderingen worden twee aspecten behandeld : ten eerste, het actualiseren van kennis en ten tweede, het uitwisselen van kennis tussen de deelnemers wat betreft toepassingsmodaliteiten van deze kennis. Deze groepen werden in het leven geroepen door de Société Scientifique de Médecine Générale. (http://www.ssmg.be)

6 De LOK's zijn lokale groepen voor medisch overleg. Ze bestaan uit 8 tot 20 artsen (huisartsen of specialisten) die minimum 4 keer per jaar samenkomen om gedachten uit te wisselen over hun praktijk, via evaluatie door collega's (peer review). Deelname aan een LOK is een verplichte voorwaarde voor de accreditering van artsen. Het is ook de plaats waar artsen hun prestatie- en voorschrijfprofielen die door het RIZIV worden bezorgd, vergelijken Ze werden opgericht in 1996 en worden ondersteund door structuren binnen het RIZIV.

« Et puis la médecine générale, dans l'absolu il ne faut pas oublier que c'est aussi quelque chose où si on ne fait pas d'examens on ne sait rien. Le médecin généraliste ne sait rien. Donc je travaille avec énormément d'incertitude et ça c'est fatigant, c'est stressant. Je vis avec l'incertitude parce que je sais que la science ne sait pas. Ou bien je sais que moi je ne sais pas. Je bute constamment sur les limites de ma connaissance. Je ne suis pas idiot mais je ne connais pas tout. Et ça c'est épuisant. A mon niveau je me suis rendu compte que je vais trop loin dans ma réflexion et ça fatigue énormément. (…) Ah oui c'est quoi le evidence based medecine, ce sont des études ? Ah oui ? Et les études c'étaient des vraies ou des fausses ? Puisqu'encore l'année passée il y a un type qui avait inventé 21 études publiées dans des grandes revues. Et quand on voit comment elles sont faites les études, avec des assistants qui vont faire ce que le prof leur dit de faire pour arriver à cela. Non il faut arrêter de déconner. (…) On me dit voilà, vous devez prendre l'evidence based medecine comme religion. Je dis : 'Ah non, ça c'est de l'erreur intellectuelle ça'. Je ne joue plus là-dedans » [Docteur FG, Homme, 38 ans, Liège].

Deze citatie is interessant omdat er niet enkel sprake is van de moeilijke relaties met de collega's aankaart, maar ook vand de intrinsieke onzekerheid eigen aan het beroep van een huisarts, die niet alleen af te rekenen heeft met complexe bio-psycho-sociale problematieken, maar ookmet de limieten van een kennis die zelf steeds complexer wordt. De link naar de collegialiteit verwijst hier, volgens de ondervraagde arts, naar het miskennen van het beroep wat betreft die grenzen van die kennis en naar de aanspraak die EBM maakt dat ze deze onzekerheden zou kunnen verhelpen.

Burnout hangt ten dele samen met de ideologische fundamenten van de praktijk in België. Allereerst zijn er de artsen die doordrongen zijn van de plicht tot absolute toewijding. Zonder met iets rekening te houden, geven zij zich volledig en offeren daarbij hun privéleven op het altaar van hun heilig ambt. Voor anderen lijkt de burnout voort te komen uit een tragisch bewustzijn omdat ze innerlijk verscheurd zijn tussen een praktijkideaal en werkomstandigheden die praktische maatregelen ter zelfverdediging opleggen die in tegenspraak zijn met dat ideaal zelf. Het is vaak de groep geneesheren die in opstand komt tegen deze fundamenten en die hun vrijheid van gedachte betalen met een diepe eenzaamheid. De beperkingen zijn het best, zonder schuldgevoel en als positieve respons op de problematiek - preventieve respons en zelfs aanpak - bespreekbaar bij de artsen in de groepspraktijken, d.w.z. daar waar men het nastreven van het grootse beroepsideaal kan verzoenen met aanvaardbare werkomstandigheden. Daarbij moet men in gedachten houden dat de groep zelf ook een bron van spanning kan zijn - in het bijzonder van ideologische aard zoals dit het geval is in bepaalde Medische huizen -, en dat deze spanningen zelf ook burnout kunnen veroorzaken.

Kernboodschappen

- **De opvatting over het beroep is de laatste twintig, dertig jaar zeer sterk geëvolueerd. Hierdoor bestaat er een kloof tussen de verschillende generaties artsen. Door de vervrouwelijking van het beroep bestaat er volgens sommigen ook een kloof tussen de geslachten.**
- **Het beroep van huisarts kenmerkt zich door een intrinsieke onzekerheid waar moeilijk mee omgegaan kan worden. De huisarts is, volgens hen, het meeste geconfronteerd met de grenzen van zijn kennis.**
- **De LOK's en de dodecagroepen worden door onze respondenten niet beschouwd als plaatsen waar men kan praten over de werklast, onzekerheden eigen aan het beroep of over aspecten die de goede werking belemmeren.**
- **De groepspraktijk, het medisch huis of een eigen netwerk van professionele relaties wordt vaak wel als zo'n plaats gezien, hoewel elke samenwerking ook een bron van spanningen kan zijn, vooral op ideologisch vlak.**
- **De ziekenhuisgeneeskunde en de specialisaties, blijven het dominerende model. Dit heeft ook een weerslag op de identiteit van de huisartsen. Deze "dominantie" wordt door de patiënten zelf bevestigd (ze wenden zich rechtstreeks tot de specialist, ze gaan naar de dienst spoedgevallen vooraleer ze hun huisarts consulteren, enz.).**

3.3.2.3 Verzoening van beroeps- en privéleven

De problematiek van het verzoenen van het beroeps- en het privéleven past binnen een algemene evolutie, nl. de vervrouwelijking van de huisartsgeneeskunde, maar ook de transformatie van het concept van de medische praktijk bij sommige jonge artsen.

De vervrouwelijking van medische beroepen in het algemeen en van het beroep van huisarts[25] in het bijzonder, illustreert de herschikking van de sociale verhoudingen op het vlak van geslacht. Voortaan treft men vrouwen niet langer meer uitsluitend aan in de traditionele beroepen in de gezondheidszorg: verpleegster, ziekenverzorgster, enz. De vervrouwelijking van het beroep heeft er ongetwijfeld toe geleid dat nagedacht wordt over een verzoening tussen beroeps- en privéleven. Ze heeft ook bijgedragen tot het wijzigen van het klassieke beeld van het beroep, dat van de mannelijke huisarts, die volledig toegewijd is aan zijn beroep en die hierin gesteund wordt door zijn echtgenote die de rol van maatschappelijk assistente, secretaresse en hulp vervult.

Zo ontstaat een verschillend beeld van de geneeskunde bij de jonge artsen: voor sommigen is het niet langer nodig om 24 uur op 24 uur arts te zijn. Nochtans, ondanks deze mentaliteitsverandering, blijven er in de praktijk nog problemen bestaan rond verzoening van beroeps- en privéleven, zowel voor de mannelijke als voor de vrouwelijke artsen.

Sommige huisartsen ondervinden een enorme tijdsdruk zowel professioneel als familiaal:

« Le dilemme est permanent entre le renoncement à la carrière professionnelle et le renoncement à la vie familiale…je n'ai pu faire l'un et l'autre comme je l'aurais voulu. Les enfants ont dû acquérir très vite de l'autonomie. Maintenant, ce sont de grands adolescents, donc la question se pose différemment. Mais il est sûr que cela (le métier) détériore la vie familiale » [Docteur FO, femme, 53 ans, Liège]

« De voorbije drie jaren brachten voortdurend stress mee. Geen tijd voor niks. Geen tijd om papieren in orde te brengen. Geen tijd om met mijn dochter haar huiswerk te overlopen. Geen tijd om aan sport te doen. Ik moet me kunnen beperken » [Huisarts NB, V, 40 jaar, Antwerpen]

« … Et un entourage de confrères qui ne sont pas de ma génération…et leur conception de la médecine n'est pas du tout la mienne. Je privilégie la vie de famille et au temps où ils ont commencé, il n'y avait pas le GSM. Donc, c'était leur épouse qui gérait en leur absence le téléphone, les urgences. Moi, je travaille avec une aide facultative de mon épouse. Elle a un emploi. Elle a arrêté pour le moment. On a trois jeunes enfants, donc comme la question de la famille était prépondérante pour moi…» [Dr FC, homme, 35 ans, Luxembourg].

Bij oudere artsen gebeurt de uitoefening van het beroep van huisarts nog vaak ten nadele van het gezinsleven, maar dit is ook bij jonge vrouwelijke artsen het geval:

« Ik voel wel dat ik dingen van mijn kinderen aan het missen ben. Zij beginnen er niet meer te zijn voor mij. Mijn man is huisman, hij doet alles in het huishouden. Ik moet niet letten op de kinderen, ik moet ze niet gaan afhalen. Goed, ik mis een deel van hun leven, maar mijn man is er wel voor hen. En voor de kinderen werkt papa in de praktijk en voor de schoolbus. Ze hebben hem dus wel een job gegeven» [Huisarts ND, V, 35 jaar, Limburg]

Vrouwelijke huisartsen met jonge kinderen offeren soms bepaalde administratieve en bezoldigde taken van hun beroep op om voorrang te geven aan hun gezinsleven.

«Er zijn heel wat consultaties die ik feitelijk gratis heb gedaan: derdebetalersregelingen, regelingen voor een werkongeval, vluchtelingen. Die hele papiermolen is extra werk in de overblijvende tijd van de arts. Ik heb heel veel papieren laten liggen in plaats van ze in orde te brengen. Want papieren klagen niet. Maar de was moet wel gedaan worden. Het eten moet op tafel komen. Anders klagen de kinderen of mijn man » [Huisarts NC, V, 51 jaar, Antwerpen]

Het klassieke stramien van de deelname van de echtgeno(o)t(e) aan de administratieve taken is nog steeds van kracht, ofwel vrijwillig :

« Ma femme était impliquée. J'ai envie de dire par choix. Parce qu'au départ, elle menait une activité professionnelle propre. Et puis, il y a quelques années, elle a choisi de m'épauler. Et je vois le travail comme un travail en équipe, enfin même si moi j'ai ma profession elle, elle a une autre formation. Mais, on accueille en équipe, ça j'ai le bonheur qu'on s'arrange très bien de ce côté-là. J'ai le bonheur de voir qu'elle-même… c'est ce qu'elle me dit, qu'elle aime cela. Ce n'est pas une charge pour elle, je veux dire. Il y a parfois des collègues qui ont une épouse ou un compagnon qui fait cela parce qu'il faut bien. Ici, elle aime le faire… et donc, cela fonctionne comme cela » [Docteur FN, homme, 49 ans, Liège]

ofwel verplicht**,** vooral indien de echtgenoot zelf een beroep uitoefent **:**

« Ma femme a pris une pause-carrière. Elle fait du travail administratif. Mais c'est vrai que la charge, au moment où je suis rentré en burnout, la charge administrative me dépassait complètement. On avait une pièce remplie de dossiers…. Le problème, c'est que ma femme va reprendre son travail au mois de février 2011. Je dirai que j'ai quand même pu rattraper le retard grâce à mon épouse et l'informatisation » [Docteur FN, homme, 35 ans, Luxembourg]

De moeilijkheid om het beroeps- en het privéleven te verzoenen, wordt ook veroorzaakt door de wettelijke verplichting om zorgcontinuïteit te garanderen, door de verplichting om alomtegenwoordig te zijn en bijgevolg door de moeilijkheid om zijn activiteit te beperken. We vinden hier een kernwaarde terug van de medische ideologie, die van de absolute beschikbaarheid. De artsen die deelnamen aan ons onderzoek bleken enerzijds een zeer sterke affiniteit te hebben voor dit praktijkideaal, maar anderzijds ook ambivalente gevoelens aangezien de meesten van hen erkenden dat een dergelijke affiniteit in tegenspraak is met de zorg voor de eigen gezondheid.

« C'est difficile de dire à quelqu'un qui est en train de mourir : 'Attends, j'ai ma vie aussi'. De la nécessité d'assurer la continuité des soins. C'est trop quoi. La loi ne dit pas : 'Mais le médecin peut se soustraire à ceci s'il ne s'en sent pas capable'. Non, il a l'obligation, sinon c'est la prison. La loi est un peu raide avec nous. On est des machines pour la loi. Enfin, c'est cela ma plus grosse frayeur, c'est d'être hors-la-loi avant tout et c'est ce que brandissent tous les défenseurs de l'omniprésence de la médecine. Ces confrères, ils disaient : 'Il faut être là, sinon il faut répondre de la non-assistance à personne en danger avec circonstance aggravante d'être médecin » [Docteur FN, homme, 35 ans, Luxembourg].

De moeilijkheid die door meerdere vrouwelijke huisartsen wordt aangekaart is het probleem van het zwangerschapsverlof. Voor de oudere vrouwelijke artsen uit onze steekproef bestond die destijds helemaal niet. Deze laatsten verklaarden dat ze de uitoefening van de geneeskunde gedurende een heel korte periode hadden onderbroken.

« Vous savez les congés de maternité de 15 jours… je connais cela. Et cela use, cela use psychologiquement. Et c'est maintenant à mon âge que je m'en rends compte... Quand on y pense, c'est honteux. Maintenant les jeunes, ils sont encore favorisés les jeunes indépendants. Mais, quand j'ai eu mon aînée, il y a 22 ans, on n'avait pas un franc. Mais, pour le deuxième enfant, en 1992, je pense qu'on avait… si on prenait trois semaines, on avait droit à un petit quelque chose de la mutuelle, deux fois rien. ' Parce que nous, on est riche donc on n'a pas besoin de ça'. Actuellement, je pense que les femmes MG ont un peu plus. Mais au départ, on n'avait rien du tout » [Docteur FO, femme, 53 ans, Liège].

Kernboodschappen

- **het gebrek aan evenwicht tussen beroeps-en privéleven wordt toegeschreven aan de wettelijke verplichting om de zorgcontinuïteit te garanderen, aan de medische ideologie van de persoonlijke beschikbaarheid.**
- **"Het niet beschikken over voldoende tijd, noch voor de uitoefening van het beroep, noch voor het gezinsleven" is een uitspraak die het best de klachten samenvat van de jongste vrouwelijke artsen. Hieruit blijkt dat men probeert om meer afstand te nemen, en/of dat men constant worstelt met het geven van prioriteit aan het ene of het andere.**
- **Om het privéleven te kunnen verzoenen met het beroepsleven, voeren sommige huisartsen sommige administratieve taken niet uit met financiële nadelen als gevolg. Anderen doen nog steeds een beroep op de partner om zich daarmee bezig te houden.**
- **Oudere vrouwelijke huisartsen die in solopraktijk werken, benadrukken de moeilijkheden die zij ondervonden door het ontbreken van betaald zwangerschapsverlof.**

3.3.3 Derde aspect: De symptomen van burn-out, de ervaringen en gevoelens geassocieerd met burn-out en het zoeken van hulp

3.3.3.1 De symptomen van burnout

Zoals al eerder vermeld, spraken de huisartsen die deelnamen aan de enquête zelden over burnout in diagnostische termen, maar eerder in termen van ervaringen. Daarom wilden wij niet beginnen met de resultaten die zich meer situeren binnen de symptomatologie. Dit hoofdstuk behandelt dus deze uiteenzettingen die gebruik maakten van het psycho-somatische vocabularium. Twee soorten ervaringen - of trajecten - komen voornamelijk op de voorgrond.

De eerste ervaring, die eerder zeldzaam is, concentreerde zich op een of twee opvallende gebeurtenissen waarvan niet altijd duidelijk was of ze in enige mate verantwoordelijk waren voor het optreden van de burn-out. De minst betwistbare situatie is deze waarbij een direct oorzakelijk verband wordt vastgesteld tussen een bijzonder traumatische ervaring en de burnout: bijvoorbeeld het zien van een verhakkeld lijk (Dokter FB, vrouw, Waals-Brabant). In de andere gevallen heeft de onderzoeker een of andere pijnlijke ervaring aan het licht kunnen brengen zoals een ernstige ziekte (Dokter FG, man, Luik), een ernstig ongeval (Dokter FR, man, Brussel) of zelfmoord (Dokter FE, vrouw, Brussel) van een naaste, maar deze gebeurtenissen hadden zich enige tijd geleden voorgedaan en de respondenten die ze vermeldden, brachten die gebeurtenissen niet in verband met hun gevoel van uitputting.

Het tweede traject komt veel meer voor. Het gaat om een traag voortschrijdend proces dat uitmondt in een burnout en waaraan meerdere factoren een bijdrage leveren. Sommige huisartsen ondervonden grote moeilijkheden bij het beschrijven van hun toestand, hun woordenschat schoot hierbij tekort.

« Je suis encore (en burnout) mais je me soigne. Au niveau des symptômes, je dirais que c'est assez difficile à dire. Je sais bien qu'il y a des symptômes décrits, spécifiques. Mais c'est vraiment un état. Moi, je dirais que c'est à partir du moment où on n'en peut plus. On n'en peut plus, on est arrivé au bout. On est consumé. Je pense pourtant que j'ai une grande capacité. J'ai l'impression d'avoir travaillé 40 ans en 20 ans… Epuisement, ras-le-bol, envie de tout plaquer… » [Docteur FG, 38 ans, homme, Liège]

Het symptoom waarnaar het meest wordt verwezen is ongetwijfeld vermoeidheid, een vermoeidheid die, door het effect van opeengehoopte frustraties, zich ingraaft, steeds dieper wordt, niet meer vermindert, een manier van leven wordt en soms zelfs de bovenhand haalt.

« Enfin avec des troubles du sommeil, me lever le matin en pleurant dès que mon téléphone commençait à sonner….l'augmentation de la charge de travail quand même d'année en année… Maintenant, je pense qu'il y a évidemment plusieurs facteurs qui ont joué depuis presque une année maintenant. Mais l'exigence des patients, la disponibilité qu'on pensait devoir avoir surtout en termes de gestion du téléphone et des choses comme ça, les gardes plus difficiles à soutenir même si au niveau fréquence ça n'a pas énormément augmenté. Ne faire que travailler, manger plus ou moins et dormir. Donc, la vie familiale adieu » [Docteur FK, femme, Namur].

« In 2005 is voor het eerst, op basis van een psychologische test, bij mij een burnout diagnose gemaakt. Ik had daarvoor al een tijd gemerkt dat ik moeilijker begrip en geduld voor de patiënten kon opbrengen. Op de duur dacht ik: 'Waar komt die over klagen? Ik heb het moeilijker'. Het viel me ook almaar zwaarder om aan een werkdag en een werkweek te beginnen. Weekendwacht hebben, lukte bijna niet meer » [Huisarts NK, V, 52 jaar, Antwerpen]

Soms wordt deze vermoeidheid ervaren alsof men nooit meer recht zal kunnen komen, zelfs niet na een periode van rust.

« Il y a des jours où pour sortir du lit, il faut vraiment se motiver. Sinon, on prendrait bien une journée de congé, si pas deux, si pas trois…Mais enfin, il y a des jours où quand même c'est dur. Et puis, c'est reculer pour se faire mieux écraser après. Parce qu'on part le week-end, c'est cool et puis on rentre…et on a tout l'administratif qui n'a pas été fait et qu'on doit faire quand même » [Docteur FL, homme, 59 ans, Namur]

Deze vermoeidheid vindt haar oorsprong in een buitensporige toewijding, een gebrek aan time management:

« Normaal let ik erop een consultatie af te ronden op twintig minuten, hoogstens op een half uur. Maar ik merkte dat ik dat niet meer kon. Ik liet alles maar lopen. Bijvoorbeeld een nazicht voor chronische medicatie. We beginnen aan het onderzoek. Ik begin voorschriften te maken. En dan zegt de patiënte: 'Met mijn man gaat het ook niet goed'. In plaats dat ik dan zeg: 'Vertel eens kort en dan zullen we een afspraak voor hem vastleggen', zeg ik: 'Vertel maar...' Zo loopt de consultatie natuurlijk uit. Ondertussen gaat de bel, en dan denk je: 'Goh, nu zitten er al twee andere patiënten te wachten' » [Huisarts NK, V, 52 jaar, Antwerpen].

Deze toestand wordt uiteraard gevoed door situaties die een zwaardere verzorging vereisen, bijvoorbeeld verzorging bieden bij het levenseinde.

« In die periode heb ik ook mijn eerste palliatieve begeleiding van een kankerpatiënt gedaan. Toen werden wel de palliatieve netwerken opgestart, maar daar had ik te weinig weet van. Dus deed ik alles zelf qua medicatie en ondersteuning. Het ging om een vrouw van tweeënveertig. Haar man was heel dankbaar voor mijn begeleiding. Het is "goed gegaan". Maar ik heb mij toen wel volledig gegeven. Ik was leeg tot en met » [Huisarts NR, V, 49 jaar, Antwerpen]

De andere symptomen die het meest worden vermeld zijn slaapproblemen (slapeloosheid), eetstoornissen en depressie.

« Q : Avez-vous des insomnies ? R : Oui, j'ai honte de le dire…parce que je déteste cela. J'ai toujours été contre les somnifères et je pense que je pourrais m'en passer. Pour le moment, je prends un demi-comprimé de Trazolan. Donc, j'évite les benzodiazépines. Je ne veux pas devenir accro aux benzodiazépines. En fait, je prends ça parce que je me rends compte qu'au moins quand je le prends, le lendemain, je n'ai pas toutes sortes de symptômes de fatigue genre coup de pompe à 2 heures. Cela fait trois semaines maintenant que quand je vois ce fauteuil, je n'ai pas envie de m'y coucher. Mais j'en étais au point qu'ici, je cherchais des endroits pour pouvoir me reposer » [Docteur FM, femme, 51 ans, Bruxelles]

Een huisarts van om en bij de zestig jaar schetst een treffend beeld van de symptomen die hij ondervond en van zijn evolutie op het vlak van kwetsbaarheid:

« Een, ik ben minder tolerant. Twee, ik ben stressgevoeliger. Verscheidene vragen tegelijk behandelen gaat niet meer. Drie, ik heb al jarenlang een gestoord slaapritme. Ik kan maar twee uren achter elkaar slapen. Ik moet in stukjes slapen » [Huisarts NG, M, 61 jaar, Limburg]

De ervaringen en gevoelens geassocieerd met burn-out

De ondervraagde artsen blijven het beroep dat zij uitoefenen beschouwen als het mooiste beroep ter wereld, verklaren dat hun relaties met hun patiënten zodanig sterk zijn dat ze er niet toe kunnen komen om die los te maken, zelfs al zijn ze aan het einde van hun Latijn, ontmoedigd door hun werkomstandigheden of als ze geen uitweg meer uit de impasse zien. Het principe van de absolute toewijding is iets wat men telkens weer tussen de regels door opmerkt, en misschien zelfs vooral bij hen die dit als oorzaak aanwijzen.

« C'est surtout le fait qu'on n'a pas beaucoup de temps à leur consacrer. Avant tout, cela se passe bien. Je suis habitué avec le niveau de la population. Je suis originaire de la région donc il n'y a pas de soucis. Au niveau contacts avec la population, ce n'est pas un problème. Le problème de « la dépersonnalisation », c'est le fait qu'on n'a pas de temps à consacrer à chacun.(…) Nous, on a un gros retour positif puisque on a la relation avec le patient qui est quelque chose d'unique et qui est quelque chose qui donne énormément de bonheur dans le métier tous les jours. Il y a une relation unique. Et ça c'est un bonheur énorme » [Docteur FF, homme, 55 ans, Hainaut]

Zoals reeds eerder aangehaald kan schuldgevoel worden aangeduid als een van de drijfveren achter werkdruk.

De telefoon van de haak leggen, een namiddag vrij nemen om op adem te komen, met de kinderen bezig zijn, gaan lopen of fietsen terwijl patiënten je zouden kunnen opbellen (Dokter FC, man, Luxemburg), je nodig zouden kunnen hebben, lijkt deze artsen als een fundamenteel moreel gebrek bij de uitoefening van hun beroep. Deze vrijheden worden vaak met een gevoel van schaamte genomen: vermijden om overdag te gaan joggen in het centrum van het dorp want men zou dan het risico kunnen lopen om herkend te worden door patiënten voor wie men de consultatie heeft uitgesteld, collega's die toespelingen maken op uw gebrek aan beschikbaarheid, patiënten die u deze toespelingen overmaken. Het schaamtegevoel ontstaat omdat men andere interesses, andere waarden voorrang geeft op die waaraan het beroep zijn grootsheid ontleent. Op die manier verraadt men in zekere zin de goede zaak. Deze morele eisen worden trouwens nog bevestigd door de wet zelf die de arts verplicht om zorgcontinuïteit te garanderen. De kleine vrijheden die men zich veroorlooft, worden dus ervaren als een tweemaal in gebreke blijven: op vlak van de medische ethiek en op vlak van de wetgeving. Deze artsen leven dus voortdurend met een schaamtegevoel. En dit gevoel is nog moeilijker te dragen als dit gebrek ook als zodanig wordt gezien door collega's en vooral dan door hen die ten opzichte van u een positie van morele autoriteit bekleden: uw vroegere stagemeester, de ervaren arts die u onder zijn vleugels nam toen u zich als arts installeerde.

Grenzen stellen betekent altijd dat men ook grenzen stelt aan zijn engagement en dit op zich is een paradox omdat men van de huisarts een onbeperkt engagement verwacht. Sommige generaties artsen hebben die paradox ontweken, ze hebben geen grenzen gesteld en ze werden overspoeld. Anderen zijn uitgeput, ze maken gebruik van allerlei strategieën om hun beschikbaarheid in de tijd te beperken, maar worden nog steeds overbelast en daar komt dan nog een gevoel van schaamte bij. Deze opstelling deugt zeker niet. Ze is ook uitzichtloos.

Het gevoel van schaamte dat wordt veroorzaakt doordat men zijn privéleven boven zijn professionele plichten heeft geplaatst, is uiteraard nog eens zo erg wanneer een patiënt overlijdt.

« Et puis j'ai été appelé parce qu'une patiente en fin de vie n'allait pas bien. Je m'y suis rendu 2 heures plus tard car j'étais en pleine consultation. Et finalement, elle est décédée cette nuit. Et inévitablement, j'aurais tendance à culpabiliser, de me dire que si je n'avais pas pris le temps d'aller courir …, j'aurais pu m'y rendre plus vite…. J'aurais eu terminé plus tôt. J'aurais pu éventuellement aller vers cette patiente et faire évoluer les choses différemment. Mais bien qu'elle fût condamnée de toute manière, mais enfin c'est une tendance, je pense qu'il y a la culpabilité. Je crois que dans le burnout, il y a pas mal de culpabilité » [Docteur FC, homme, 35 ans, Luxembourg]

Situaties van burnout of van een mogelijke burnout maken dat artsen geneigd zijn om zich uit het beroep terug te trekken.

Dit terugtrekken is vaak van tijdelijke aard, maar soms ook definitief: de noodzaak om gas terug te nemen, voor een tijdje te stoppen met werken als huisarts om zijn positie te bepalen, wat afstand te nemen, te rusten, enz.

Vandaar dat soms ook melding wordt gemaakt van een zekere dehumanisering van de patiënten, het feit dat men cynisch is, spot met hetgeen hen gebeurt.

« Il y a quand même des moments où je pense être un peu cynique vous savez. (…) Ecoutez ils fument deux paquets par jour depuis X temps mais ils ont un cancer du poumon. Ils ont un cancer du poumon et je m'en fiche comme de ma première culotte. Je dis : 'écoutez, c'est logique non' . (…) Avant j'aurais encore bien essayé. Mais maintenant je me dis : « 'Bon tant pis, tant pis, moi je ne peux pas porter tout sur mon dos' ». J'ai déjà porté beaucoup, beaucoup, beaucoup. Et je vais par exemple plus vite dire à des patients d'aller chez un psy… » [Docteur FE, Femme, 52 ans, Bruxelles]

Sommige symptomen treffen ook de naasten van de huisarts, voornamelijk dan de echtgenote wanneer zij zich, naast haar eigen professionele activiteit, ook bezighoudt met de administratieve taken.

Kernboodschappen

- **Twee verschillende ervaringen kunnen aan de basis van een burnout liggen: de eerste ervaring heeft te maken met opmerkelijke of traumatiserende gebeurtenissen in het beroeps- en/of privéleven; in het tweede geval evolueert de toestand langzaam tot een burnout. De symptomen van burnout worden als volgt beschreven: vermoeidheid waarvan men niet gerecupereerd geraakt, slaap- en eetstoornissen, depressie, enz.**
- **De tweede ervaring wordt vaak in verband gebracht met het principe van absolute toewijding en het gevolg daarvan: het schuldgevoel, de overinvestering in het beroep, het ontbreken van time management. Al deze elementen dragen bij tot het verlangen om zich terug te trekken uit het beroep, met als gevolg een tijdelijke of zelfs definitieve stopzetting van de activiteit of een ontmenselijking van de relatie met de patiënt.**
- **De beschreven symptomen kunnen in enkele gevallen ook gevolgen hebben voor de famiale omgeving.**

3.3.3.2 Beroep doen op een behandelende arts

Wanneer men nagaat hoe het zoeken naar hulp verloopt, dan is het opmerkelijk vast te stellen dat praktisch geen enkele ondervraagde huisarts een behandelende arts heeft.

Toch verdedigen sommige huisartsen zeer sterk de noodzaak om een behandelde arts te hebben.

« De Orde zou artsen met een probleem kunnen verplichten om een GMD te openen. Trouwens, het zou nog beter zijn om alle artsen te verplichten om een GMD te hebben. Nu, als je zo'n idee lanceert, ga je van alle kanten uitgelachen worden. Maar er is geen argument tegen. Het kost ook bijna niets. En iedereen weet dan dat er een collega is die hem kan helpen » [Huisarts NL, M, 53 jaar, West-Vlaanderen]

Anderen vermelden dat ze in de mogelijkheid geweest zijn om een behandelende arts te hebben waarmee ze een vertrouwelijke relatie konden opbouwen.

« Je précise que j'ai eu de la chance aussi ; j'ai moi-même mon généraliste. Parce que c'est tout récent… Cela date de cette année (2010). Parce que c'est vrai…Quelque part, c'est paradoxal. Nous sommes généralistes et il n'y en a pas 10% d'entre nous qui ont eux-mêmes un généraliste. En général, on s'automédique et … on s'auto-diagnostique. Là, j'ai ressenti le besoin d'avoir quelqu'un de l'extérieur qui puisse m'aider à gérer les choses. Et c'est d'autant plus important que c'est finalement cette collègue qui m'a pris en charge…collègue qui ne fait pas partie de ma zone non plus, qui habite à 20 kilomètres d'ici. Ce qui permet vraiment de laisser les choses tout à fait séparées du côté professionnel, du côté amical, etc. » [Docteur FN, homme, 49 ans, Liège]

Maar hoewel de meeste huisartsen erkennen dat, in theorie, het belangrijk is een behandelende arts te hebben, ontbreekt die in de realiteit meestal. Er zijn diverse redenen, maar waaruit een idee naar voren komt van onkwetsbaarheid gebaseerd op een zeker gevoel van almacht, ook al betreurt men dat.

Q : Hebt u zelf een arts? R : Ik heb er al over nagedacht. Maar wie ga je nemen? Iemand van je kennissenkring is geen goed idee. In mijn moeilijke periode had ik een psychiater van het ziekenhuis en daarna een psycholoog. Dat was een puur professionele relatie. En dat had op mij een goede impact. Maar een huisarts voor de huisarts ligt moeilijker. Wij zijn slechte patiënten. We weten het beter » [Huisarts NN, M, 44 jaar, West-Vlaanderen]

« Q : On ne vous prend pas pour un patient ? R : Non. Non. Alors bon. Non. Ca ne passe pas. On ne peut pas. On doit être parfaits nous. Plus que parfaits. On ne peut avoir aucune faiblesse au niveau physique, aucune faiblesse au niveau mental. Et on doit tout connaître dans tous les domaines. Mais on a nos limites aussi » [Docteur FL., homme, 59 ans, Namur]

Bovendien blijkt de huisarts zelf een moeilijke relatie te hebben met zijn gezondheid. Als arts meent hij dat hij zichzelf kan verzorgen en wil hij vaak dat zijn kwaaltjes vertrouwelijk blijven.

Kernboodschappen

- **De overgrote meerderheid van de ondervraagde huisartsen heeft geen behandelende arts.**
- **De moeilijkheid om een behandelende arts te raadplegen, lijkt samen te hangen met een reeks stereotypes van het medische beroep, zowel van de kant van de collega's als van de patiënten: in staat zijn om zichzelf te verzorgen, niet zwak zijn en dus geen zwakte willen tonen...**

3.3.3.3 De zoektocht naar hulp in geval van een burnout

Net zoals voor iedereen wordt het eerste vangnet in situaties van stress of professionele moeilijkheden gevormd door de familie- en/of vriendenkring. Deze mensen zijn nochtans niet altijd beschikbaar, vooral niet indien er echtelijke problemen zijn; bovendien kan in bepaalde situaties het gebrek aan begrip van de partner ook aan het licht komen.

« Q : Vous n'avez jamais consulté un psychologue ? R : Jamais. Non. Je me décharge sur mon épouse. Q : Votre soutien, c'est votre épouse essentiellement ? R : Oui, bien sûr. C'est vrai qu'on attend beaucoup de son conjoint pour faire face à cela… c'est un fait…. Mais elle a son travail aussi ; elle travaille temps plein comme prof » [Docteur FF, homme, 55 ans, Hainaut]

« Mijn man wil er allemaal niet in meegaan. Voor hem is het maar een kwestie van willen. Hij heeft nooit met zijn gezondheid gesukkeld. Voor hem is ziekte veelal zoiets als flauw doen. Hij denkt ook dat ik eigenlijk niet meer wil werken » [Huisarts NC, V, 51 jaar, Antwerpen]

Tot op zekere hoogte wordt een tweede vangnet gevormd door de collega's. De collega's kunnen raad geven, vooral wanneer het gaat over het omgaan met moeilijke patiënten of over de organisatie van het werk. Als dit vangnet er niet is, wordt dit als een probleem beschouwd door de ondervraagde huisartsen.

« Communicatie met collega's kan ook een probleem zijn. Hoe moet je negatieve dingen aanbrengen? Met elkaar discussiëren over hoe dingen aan te pakken. Dat is ook belangrijk als je aan je zelf begint te twijfelen. Ben ik wel geschikt? Kan ik het nog? Ga ik geen fouten maken? Artsen spreken elkaar hierover te weinig » [Huisarts NC, V, 51 jaar, Antwerpen]

« Wat ik in een solopraktijk lastig vind, is dat je met niemand over patiënten kan praten. Zou ik deze patiënt niet beter doorverwijzen? Maar ook: Zou er hier meer achter zitten? Als je hebt kunnen vertellen, zie je beter het probleem. Met mijn collega kan ik de laatste jaren wel regelmatig bellen of mailen. Omgekeerd doet zij dat ook. Zo krijg je meer bevestiging en controle » [Huisarts NK, V, 52 jaar, Antwerpen]

Een derde vangnet is het beroep doen op professionele hulp en dit soort hulp kan in twee niveaus worden verdeeld: preventief en curatief.

Het eerste niveau is preventie: sommige artsen benadrukken het belang van momenten van herbronning en zijn bijvoorbeeld cursussen "mindfulness" gaan volgen waarin technieken worden ontwikkeld voor het concentreren van de aandacht op het moment zelf en het begrijpen van emoties.

« Bij de start van deze praktijk, in oktober 2008, heb ik trouwens een cursus 'mindfulness' gevolgd. Waardoor je vroeger bij jezelf ziet dat er iets mis is. Ik had bijvoorbeeld een verschrikkelijke patiënte bij wie ik onder tafel gespannen vuisten maakte. Eenmaal je daar bewust van wordt, kan je in zo'n situatie leren om je te ontspannen. Ik had ook elke donderdagvoormiddag hoofdpijn, hoewel ik dan vrij was. In plaats van te zeggen: Lap, ik heb weer hoofdpijn, leer je met mindfulness jezelf rustig te observeren. Ik besefte dat ik me onbewust zenuwachtig maakte over het feit dat op donderdagnamiddag mijn collega vrij is, en dat ik dan de telefoons kon krijgen van haar patiënten, zonder dat ik goed wist wat ik moest doen. "[Huisarts NH, V, 30 jaar, West-Vlaanderen]

Het tweede niveau waarop de huisartsen een beroep doen om hun mentale problemen aan te pakken is eerder curatief: de psychotherapie. Dit is niet evident. Het consulteren van psychologen of collega's gebeurt vaak nadat de tolerantiegrens werd overschreden.

« Et, bon le diagnostic, je le connais moi-même depuis longtemps….en fait, je n'ai jamais consulté aucun confrère à ce sujet. Mais j'ai essayé d'emblée de consulter un psychologue pour la problématique en disant 'j'en peux plus de mon boulot, il y a quelque chose qui coince'. Et alors, lui me disait : 'Il faut apprendre à dire non'. Mais cela s'arrêtait là. Je n'étais pas satisfait. Bon, j'ai été quelques fois et puis je n'y suis plus allé… » [Docteur FG, homme, 38 ans, Liège)

De twee volgende citaten zijn opmerkelijk omdat ze de twee soorten fenomenen die betrokken zijn bij "het lijden door het werk" met elkaar in verband brengen: het psychologische aspect enerzijds en het organisatorische aspect anderzijds. In het eerste citaat bestond het positieve effect van de psychologische hulp voornamelijk uit raad op het vlak van organisatie die op dat moment kon worden gegeven. In het tweede citaat werd psychologische hulp op een bepaald moment overwogen maar leek de relevantie ervan voor de betrokken arts absoluut niet te vergelijken met het "structurele probleem".

« Al in 2003 was EB komen spreken over burnout. Ik scoorde toen al heel hoog op een test. Ik wist dus dat ik alert moest zijn. Op een maandagmorgen in 2005, heb ik gezegd: "Ik hou ermee op. Dit kan niet verder. Ik maak er anders een einde aan." Mijn man begreep dit: "Stop maar. Maar dan gaan we zo vlug mogelijk naar EB, zodat hij dit in handen neemt, en helpt om eruit te komen." Ik heb toen tegen EB gezegd: "Geef me drie maanden, en ik ben terug aan het werk". Drie maanden vond ik toen verschrikkelijk lang. Wat heeft hij toen gedaan? Hij heeft met mij vooral de praktische kant bekeken. Hoe kan je, zonder verloren te geraken in energieverliesposten, een solopraktijk runnen: een telefoonsecretariaat, een elektronische agenda, een schema met de periodes waarop je de telefoon opneemt, of waarop je consultaties of huisbezoeken doet. Het gaat overal over meer de grenzen van de werkperioden afbakenen. Dat is goed gegaan tot het najaar van 2009. Ik bewaakte mijn grenzen niet meer. Ik zette het telefoonsecretariaat niet meer aan, en dan ga je veel vlugger zeggen dat iemand direct op consultatie mag komen. Ik had hoe langer hoe minder energie om uit te leggen dat iets niet dringend was » [Huisarts NK, V, 52 jaar, Antwerpen]

« Q : Connaissez-vous des initiatives par exemple d'ordre psychologique ou thérapeutique spécifique pour le burnout. R : Non. Q : Donc, les cliniques du stress, vous en avez entendu parler ? R : J'en ai entendu parler mais je n'ai jamais cherché à consulter. Non. Q: Il y a aussi les coachings, des coachings de médecins généralistes ? R : J'ai à un certain moment pensé au coaching, il y a deux ans. Et puis, c'est à ce moment que j'ai mis ma permanence téléphonique, que j'ai un peu réorganisé mes rendez-vous. Et donc, j'ai peut-être décidé que cela suffisait. Mais peut-être que cela aurait pu m'aider un petit peu plus par rapport à la façon de gérer les exigences des patients….Mais le problème structurel me semblait tellement énorme… » [Docteur FH, femme, 38 ans, Brabant Wallon]

Kernboodschappen

- **In het geval van burnout vormt het familiale milieu en/of de vriendenkring het eerste vangnet van hulp, en collega's het tweede vangnet.**
- **Huisartsen gaan niet in de eerste plaats op zoek naar professionele ondersteuning.**
- **Op het vlak van professionele ondersteuning wordt niet verwezen naar stressklinieken en er wordt een onderscheid gemaakt tussen twee niveau's:**
  - een preventief niveau: mindfullness, Balint-groepen, coaching;
  - een curatief niveau dat voornamelijk betrekking heeft op psychotherapie. Er wordt een beroep op gedaan wanneer de symptomen van professionele uitputting vastgesteld werden en, voor sommigen, wanneer de fase van ontkenning voorbij is.

3.3.4 Voorstellen van huisartsen voor het voorkomen of behandelen van burnout

Vooraf eerst enkele opmerkingen. De ondervraagde artsen spraken kritiek, commentaar, wensen uit, maar hebben ook concrete voorstellen gedaan. Hun uiteenzettingen hadden voornamelijk te maken met de organisatie van hun werk, en zeer weinig met hun persoonlijke moeilijkheden. Wanneer dergelijke problemen werden vermeld, bijvoorbeeld de dood of de ziekte van een naaste, werden deze moeilijkheden bijna nooit gekoppeld aan het fenomeen van burnout. Wij hebben herhaaldelijk tekenen van een zeer groot professioneel, ethisch en emotioneel engagement vastgesteld bij de ondervraagde artsen. Maar de significante relatie die aan het licht komt is niet zozeer een relatie tussen de burnout en de persoonlijke moeilijkheden om aan het engagement tegemoet te komen, maar wel tussen de burnout en de institutionele hindernissen die de realisatie van dit engagement in de weg staan.

Zoals we hierboven reeds schreven, wezen velen duidelijk met de vinger naar hun werkbelasting; sommigen gaven te kennen dat, sinds die verminderd was, hun situatie verbeterde, anderen vonden het jammer dat ze er niet echt vat op kregen en namen dan een fatalistische houding aan in de zin van: "het is te laat om mijn manier van werken te veranderen" of "ik moet mij gewoon concentreren en verder ploeteren". Voor de rest zijn de voorstellen vaag en sommige respondenten verontschuldigden zich zelfs voor het feit ze er geen konden formuleren. In veel gevallen worden die voorstellen vaak eerder opgeroepen door de enquêteurs (zelfs uitgelokt) dan spontaan geuit, d.w.z. dat de enquêteurs sommige voorstellen voorlegden en aan de respondenten vroegen om hierover een standpunt in te nemen.

De voorstellen waarop we de aandacht vestigden, situeren zich op twee niveaus: het eerste niveau is van praktische of organisatorische aard. Het gaat om maatregelen die bestemd zijn om de werklast of de intensiteit van het werk te verminderen (§ 1 tot 4). Het tweede niveau heeft eerder betrekking op de inhoud en de kwaliteit van het werk (§ 5 tot 9). In dat geval is het eerder de kern zelf van de medische relatie die wordt onderzocht.

3.3.4.1 Het bevorderen van groepswerk

De respondenten die de verantwoordelijkheid bij de werklast legden - dit is de overgrote meerderheid - pleitten voor een significante vermindering van het aantal te presteren uren. Een van de manieren om hiertoe te komen is het werken in groep, en de groep die men op het oog heeft, is eerder beperkt in aantal: twee of beter nog, drie tot vier artsen.

« Eviter l'épuisement ? Je crois que la meilleure chose c'est d'essayer de travailler en groupe. Dans des structures où chacun se répartit la charge de travail. Je trouve que c'est la meilleure méthode pour faire face à la demande. Je ne vois que ça et s'associer avec des jeunes. Mais il faut que des jeunes soient intéressés. Mais chez nous, enfin tous les jeunes que j'ai vu ça ne les intéressait pas… » (Docteur FF, homme, 55 ans, Hainaut)

De problematiek van het groepswerk voegt zich hier bij de problematiek van de medische demografie en de ondervertegenwoordiging van jonge artsen in bepaalde locaties, voornamelijk landelijk of halfstedelijk.

Er kan worden opgemerkt dat de situatie op dat vlak erg verschilt in het Vlaamse gewest in vergelijking met de andere gewesten. De groepspraktijk, meestal met een statuut als zelfstandige, is sterk ingeburgerd in Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg. Daarentegen zijn medische huizen daar minder ontwikkeld. In het Waalse gewest is de situatie omgekeerd: een aanzienlijk netwerk van medische huizen, maar een geringere aanwezigheid van mono-disciplinaire groepspraktijken.

De houding ten aanzien van groepswerk is meestal verschillend van die ten aanzien van medische huizen. Ten aanzien van de medische huizen is die houding vaak minder eenduidig. Sommige respondenten staan er meer welwillend tegenover (zoals Dokter FS die reeds in groep werkt en waarvan de structuur zal evolueren naar een "medisch huis"), anderen veel minder.

Q : Et ça (la maison médicale) pourrait être intéressant à votre avis ? R : Je pense que ça pourrait être intéressant. Mais pas le système de la maison médicale au forfait. Mais par contre une association de médecins, des paramédicaux ça c'est vraiment notre objectif. Mais je pense qu'on en a pour 10 ans à mener un projet comme ça. Mais alors 10 ans ... où est-ce qu'on sera dans 10 ans ? (…) c'est vrai qu'il y a 30% de médecins généralistes qui arrêtent dans les cinq premières années en Belgique si je me souviens bien. Je n'ai pas du tout envie d'arrêter, j'aime bien ce métier. Mais il faut faire autrement. C'est peut-être très féminin comme réflexion. Mais moi je n'ai jamais travaillé seule. Et je pense que si je devais travailler seule je changerais de métier…» (Docteur FK, femme, 33 ans, Namur).

De houding ten aanzien van de groepspraktijk van het mono-disciplinaire type is meestal erg gunstig.

« Een groepspraktijk heeft verscheidene voordelen. Ze creëert medische meerwaarde. Je kan toetsen op elkaars werking. Ieder kan over sommige dingen meer weten dan de anderen. Er is diversificatie. Je hebt de kennis in huis. Ieder kan zich ook wat vrijmaken, bijvoorbeeld om in een vereniging werkzaam te zijn. De patiënten weten dat de continuïteit verzekerd is » (Huisarts NE, M, 58 jaar, Antwerpen)

Tegelijkertijd wordt het accent gelegd op het feit dat een groepspraktijk een gemeenschappelijke visie en overleg vereist.

« In een groepspraktijk is de ene arts op hetzelfde hiërarchische niveau als de ander. Niemand is de baas. Maar dan moet je karakterieel en emotioneel overeenkomen. Je moet een zelfde visie hebben. Maar het is zeer stresserend om over allerlei praktische dingen overeen te komen, zeker als je werk zelf al lastig genoeg is. Hoe moet de ruimte georganiseerd zijn? Op welke uren laten we een hulp komen? Veel artsen willen zich daar niet mee bezighouden » (Huisarts NQ, M, 54 jaar, West-Vlaanderen)

De groepspraktijk is tevens ook een kleine onderneming. Het opzetten ervan vereist kennis op het vlak van economisch en personeelsmanagement en artsen zijn hiervoor niet opgeleid:

« Er zijn zeker dingen die ontbreken [in de opleiding]. Het management van de praktijk: bedrijfsbeheer, personeelsbeheer, sociale zekerheid, leningen. In veel gevallen moet je er maar op hopen dat je boekhouder, bankier of verzekeringsagent niets over het hoofd heeft gezien » (Huisarts ND, V, 35 jaar, Limburg)

Samengevat: in de twee gewesten wordt met een overweldigende meerderheid gekozen voor de groepspraktijk, vooral ten gunste van kleine monodisciplinaire structuren eerder dan voor het formaat van medische huizen, wat een structuur is die vaak wordt geappreciеerd, maar die moeilijker op te zetten is en soms controversieel is. De vraag blijft waarom in Wallonië de medische huizen meer ingeburgerd zijn en waarom in Vlaanderen zich recentelijk duidelijk meer kleine groepspraktijken ontwikkelden.

3.3.4.2 Rekening houden met de schaarste aan huisartsen in bepaalde gewesten

Hier komen we terug op de vaak gehoorde klacht over het leeglopen van bepaalde geografische zones en de daaruit voortvloeiende onmogelijkheid die door sommigen wordt ervaren om groepswerk te overwegen. Hoewel deze leegloop grotendeels samenhangt met de toenemende desinteresse van de jongere generaties om te investeren in complexe sociale en economische domeinen, wijst ze ook op het aantal artsen die het beroep uitoefenen. De oplossing zou dus zijn om dit aantal te verhogen of om ten minste de geografische verdeling te herbekijken.

« Alors ce que j'attends, ce que j'attends, je sais pas moi, qu'on prenne des mesures pour réaugmenter le nombre de médecins généralistes c'est pas suffisant actuellement. Qu'on nous donne peut-être plus de clarté sur les aides actuelles de l'Etat et je ne sais pas franchement si elles suffisent. (…) Et donc je me demande, pour l'instant on est en manque de médecins. Et je dis : « mais je vous en prie épargnez-nous un peu ». Qu'on mette au point alors un système, je ne sais pas qu'on ait beaucoup plus de médecins et qu'on puisse être un peu relâchés, qu'on provoque un exode des médecins de ville où ils sont plus nombreux. Mais oui mais ils ne veulent pas venir en zone rurale parce que c'est trop dur aussi. C'est vrai qu'il y a à réfléchir sur la répartition des médecins (…). Mais on ne peut plus exiger de nous ce qu'on exigeait avant, à l'époque où il y avait peut-être le double des médecins. Ce n'est pas possible, ce n'est pas possible. On ne peut pas continuer comme ça, voilà… » (Docteur FJ, homme, 36 ans, Liège)

Zelfs lokaal wordt deze onevenwichtige verdeling verguisd, voor sommigen lijkt ze de basis te vormen van een nefast concurrentieel klimaat en een belemmering te vormen voor elke wil tot hergroepering van de praktijk. Het bevorderen van de groepspraktijk wordt dan gezien als een middel om deze neiging tot concurrentie in deze zwak bedeelde zones tegen te gaan.

« Mais c'est surtout rassembler géographiquement les médecins, ça je trouve que c'est une idée. Rassembler géographiquement ça va les rassembler forcément. Et puisque l'INAMI semble aimer ces rassemblements de médecins enfin des maisons médicales et des choses comme ça, c'est une manière d'y arriver petit à petit. Moi je suis tout à fait prêt à quitter mon domicile pour aller travailler auprès d'autres confrères dans ma cité. Ici on est 4 : continuer à travailler de la même manière mais dans un même bâtiment. Cela permettrait dans les zones à moins grande densité de population d'améliorer les relations. Parce que je pense que le burnout vient aussi d'une incompréhension entre confrères. Un manque d'entraide. La confraternité c'est un mot placé sur un champ de bataille. Des vautours qui se disputent des patients… » (Docteur FC, homme, 35 ans, Luxembourg)

In Vlaanderen lijkt de schaarste aan huisartsen geen netelige kwestie te zijn, met uitzondering dan van Limburg. De thematiek wordt nochtans wel degelijk aangekaart omwille van de invloed ervan op de vernieuwing van de generaties evenals op de installatie van jongeren over gans het grondgebied.

« Een groepspraktijk in de stad is niet te vergelijken met een landelijke groepspraktijk. In het laatste wordt er veel meer van huisartsen gevraagd. Wij zijn een mini-spoedgevallendienst: gipsen, hechten, gynaecologie. Er komen meer acute dingen bij ons. Dat is veel moeilijker om te organiseren. De ene dag is er niet zoveel werk, de andere heel veel. De groepspraktijk moet daar tegen bestand zijn. Overheidssteun moet gebonden zijn aan de werkelijke werklast, niet, zoals nu, aan het aantal dokters. Zo moedig je nog meer hobbydokters aan. Ze werken twee dagen per week, maar halen wel Impulseo-subsidies binnen » (Huisarts NQ, M, 54 jaar, West-Vlaanderen)

Deze problematiek van de reële of potentiële schaarste en van de geografische verdeling van huisartsen stemt overeen met andere problematieken. Het is bijvoorbeeld aangewezen om de vestiging van huisartsen in bepaalde geografische zones financieel aan te moedigen, maar tegelijkertijd heeft deze financiële steun slechts zin indien hun competenties en de groepspraktijk erdoor echt versterkt worden.

De werklast verminderen gebeurt ook door een herziening van de huidige modaliteiten voor het organiseren van wachtdiensten en van het administratief werk.

3.3.4.3 Verbetering van de wachtdiensten

Sommige respondenten plaatsen de organisatie van wachtdiensten bovenaan hun lijstje met redenen voor uitputting. Het demografische onevenwicht, dat reeds herhaaldelijk werd aangehaald, verschijnt hier opnieuw, en nog met meer kracht.

« … je fais une garde une semaine sur deux. Donc un jour de semaine : il s'agit d'un mercredi sur deux. Et un jour de week-end toutes les six semaines à peu près… Q : Et ça, c'est parce que vous n'êtes pas très nombreux ? R : Oui. On n'est pas très nombreux et on est plus tout jeunes en plus, on a plus de 50 ans. Il n'y a pas de jeunes…. Il n'y a plus eu de jeunes qui se sont installés ici depuis… 1988 » (Docteur FF, homme, 55 ans, Hainaut)

Deze klacht die werd geformuleerd door een arts van om en bij de 50 jaar, kan ook worden omgedraaid en betrekking hebben op de jongere artsen die klagen, op lokaal vlak, over het feit dat ze teveel wachtdiensten moeten doen omwille van het grote aantal oudere artsen die van deze karwei worden vrijgesteld, zodat een gering aantal jonge artsen bijgevolg deze last op zich moeten nemen. De wachtdienst kan dus licht of zwaar zijn volgens de streek en de leeftijd van de arts. Bovendien kan, in eenzelfde geografische zone, de ene arts veel meer patiënten behandelen dan een andere, en dit heeft niet alleen te maken met de leeftijd.

« Hoe zwaar weegt bijvoorbeeld een wachtdienst? Een empathische arts krijgt op een zondag misschien twintig telefoons, terwijl een ander hoogstens drie. Voor de laatste stelt het probleem zich nauwelijks. Hij vraagt zich ook niet af waarom zijn collega zo'n problemen met een weekendwacht heeft » (Huisarts NQ, M, 54 jaar, West-Vlaanderen)

Het feit dat de last van de wachtdienst zeer sterk verschilt van arts tot arts, bemoeilijkt het bevorderen van de solidariteit op dat vlak.

Een van de voornaamste oorzaken voor ongenoegen is dat na de wachtdienst 's nachts het werk de volgende ochtend moet worden hervat.

« Les raisons que je mets par ordre d'importance c'est numéro 1 la question des gardes ... la fréquence des gardes (…) A la fin et si j'étais vraiment trop fatiguée, je mettais le répondeur pendant trois heures en disant : « Suite à ma garde de cette nuit je suis dans l'incapacité d'assurer les visites ce matin ou cette après-midi ». Pour essayer un petit peu de conscientiser les gens. Et quand ils me posaient des questions je disais : « Moi je ne suis pas capable de travailler et le jour et la nuit ». Je trouvais important qu'il y ait une garde de médecine générale, une garde de proximité, qu'on puisse éventuellement se déplacer au domicile des gens quand c'est justifié. Mais pourquoi est-ce que c'est forcément ceux qui travaillent déjà avec une journée bien chargée qui doivent en plus assurer la nuit ? Cela c'est le gros contentieux des gardes que je ne suis pas la seule à relever… » (Docteur FH, femme, 38 ans, Brabant Wallon)

En dezelfde arts die zijn praktijk heeft stopgezet, stelt deze oplossing voor: de wachtdienst opsplitsen, een systeem voorzien van wachtdiensten ingedeeld in periodes van enkele uren (hier 4 tot 6 uren). Dit systeem zou als voordeel hebben dat sommige artsen die nu gestopt zijn, opnieuw hun activiteiten zouden opstarten.

« Alors c'est vrai qu'il y a des collègues qui sont en incapacité de garde ce que je comprends tout à fait. Mais si on peut imaginer un autre système de garde où on fait des gardes par tranche de 4 ou 6 heures sur le week-end dans un poste de garde je pense qu'alors on peut remettre dans le groupe des gens qui disent : « Moi je suis plus capable de me lever la nuit, ou bien j'ai eu une telle pathologie, je ne peux pas assurer 24 heures d'affilée le week-end …» (Docteur FH, femme, 38 ans, Brabant Wallon)

Een andere oplossing zou kunnen zijn om een rustdag na een wachtdienst in te lassen.

« Ce qui serait intéressant aussi je pensais encore à cela hier, comme j'étais de garde, de prévoir à l'avenir, pour la génération suivante un repos le lendemain d'une garde. Comme dans d'autres professions. Moi, je vois toutes les professions donc, les contrôleurs à l'aéroport, les flics, les pompiers. Quand ils sont de garde ils ont toujours leur récupération le lendemain. Nous, le lendemain, on travaille à temps plein. Et on fait toute la semaine. Je me dis que par rapport à ces professions-là on est quand même désavantagé. Quelle que soit la profession. Aussi bien infirmier, service 100, n'importe quoi. Il y a quand même toujours aussi une charge émotionnelle dans des gardes (…) Et c'est vrai que le lendemain on devrait avoir une récup… Mais ça il faudrait pouvoir… C'est une question de s'arranger entre généralistes » (Docteur FF, homme, 55 ans, Hainaut)

De organisatie van de wachtposten bestaat in verschillende varianten..

« La question des postes de garde. Il y a une série de cercles qui ont mis cela au point, les Bruxellois d'abord si je ne me trompe. Et puis d'autres… On sait qu'à cet endroit pour la région X on va trouver un médecin généraliste de garde. Le plus souvent les gens se déplacent jusque là. Ce qui évite d'ailleurs d'engorger les services d'urgences. Je pense que la question est d'envisager soit deux médecins qui travaillent là, un qui reste fixe, l'autre qui va à domicile si nécessaire soit un service de taxi, ou de taxi social, qui amène les gens au poste de garde. Cela me semble être vraiment un facteur d'avenir pour la garde de médecine générale…» (Docteur FH, femme, 38 ans, Brabant Wallon).

« Er is ook het idee besproken van een centrale wachtpost, waar ieder gewoon zijn uren gaat draaien. (…) Ik vind zo'n centrale wachtpost ideaal. Er is iemand die ter plaatse zit, terwijl de ander op huisbezoek gaat. En je weet dat je er van zo laat tot zo laat zit. Mensen komen nu al gemakkelijker naar de huisarts, in plaats van een huisbezoek te vragen. Met zo'n centrale wachtpost gaan ze wel misschien twintig kilometer moeten rijden » (Huisarts ND, V, 35 jaar, Limburg)

Een wachtpost kan worden gefinancierd door de artsen uit de betrokken zone. Een stap verder zou de oprichting van een gespecialiseerde afdeling zijn, een professionalisering van de wachtdiensten, ten laste van de overheid en gebaseerd op het model artsen met een ambtenarenstatus.

En zoals gesteld door een collega is de wachtdienst

« un service public et ne soit plus une obligation contraire à toutes les lois de la santé » (Docteur FI, femme, 56 ans, Hainaut)

3.3.4.4 Meer faciliteiten op het vlak van administratief werk

We hebben hierboven al gezien dat de artsen veel klagen over hun administratieve last: onophoudelijke wijzigingen van wetteksten, de veelheid aan medische attesten, de complexiteit van het uurrooster en de lengte van de lijst geneesmiddelen die onderworpen zijn aan de autorisatie van de adviserend geneesheren, pietluttige controles door het RIZIV inzake hun voorschrijfgedrag.

« De druk van administratie is de laatste tien jaar enorm toegenomen. De derdebetalersregeling geeft heel wat extra werk. Ziekenkassen vinden dat blijkbaar normaal. Het GMD is ook een ramp. 10 à 15% van de patiënten verandert toch jaarlijks van huisarts. Het is leuk verdiend, maar het is belastend en het draagt niet bij tot je werk als arts. Zorgtrajecten weer ik. Je krijgt er een administratieve functie mee » (Huisarts NQ, M, 54 jaar, West-Vlaanderen)

De huisartsen worden altijd omringd door mensen die meehelpen, vaak hun partner, meestal de echtgenote. Het beeld is welbekend: de arts in zijn praktijk of op huisbezoek, trouw aan het principe van absolute beschikbaarheid voor zijn patiënten, en een echtgenote die zich niet alleen bezighoudt met de huishoudelijke taken en de opvoeding van de kinderen, maar die ook een groot deel van de administratieve taken die samenhangen met het werk van haar echtgenoot voor haar rekening neemt: het maken van afspraken, secretariaat. Met de komst van de vrouw op de arbeidsmarkt en de vervrouwelijking van het beroep, lijkt dit model slechts nog in zeldzame gevallen in zwang te zijn. De vrouwelijke arts houdt zich echter niet alleen bezig met haar medische taken maar, aangezien het onevenwicht inzake het uitvoeren van de huishoudelijke taken binnen het koppel blijft bestaan, zorgt ze daarenboven ook nog voor het huishouden en de kinderen, ten minste voor een deel. De administratieve last krijgt dan het aspect van een derde dag. Sommige jonge mannelijke artsen klagen ook over deze situatie, omdat hun echtgenote vaak werkt en hen niet meer de ondersteuning kan bieden die hun oudere collega's nog wel van hun echtgenotes kregen. De oplossing is logischerwijze hulp zoeken van buitenaf.

Het medisch secretariaat is geen echt nieuwe logistieke ondersteuning, maar was in het algemeen een privilege voor een min of meer grote groepering van artsen. Artsen in een solopraktijk bevestigen dat ze de loonkosten voor een secretaris/secretaresse, voltijds of deeltijds, niet kunnen dragen.

« Sinds drie jaar heb ik hulp van een verpleegster, die een deel van de patiënten opvangt. Als je iemand aanneemt, dan moet je die volledig kunnen vertrouwen. Maar het probleem met de overheid is dat je elke hulp voor een minimum aantal uren moet aannemen, op vaste uren. Je mag niet zeggen dat je tijdens de vakantie geen hulp nodig hebt, of in de zomer wat minder. Er is geen enkele soepelheid of mogelijkheid om iemand flexibel aan te nemen. Er is het Impulsfonds, met Impulseo, maar dat geld krijg je een jaar later, en het is een fractie van de kost om iemand parttime aan te nemen. Je moet dan door een periode van schuldopbouw. Dat kan ik momenteel niet opbrengen. Ik heb een huis af te betalen, en als ik meer zou werken, geeft mijn lichaam het signaal dat dit niet goed is » (Huisarts NF, V, 46 jaar, Oost-Vlaanderen)

Vandaag de dag zijn er steeds meer dienstverlenende bedrijven die administratieve taken in onderaanneming uitvoeren en sommige daarvan richten zich voornamelijk op de huisartsgeneeskunde.

« Et alors j'ai trouvé un télésecrétariat. Et ça c'est le bonheur. C'est un délégué médical qui en démarchant vers les médecins s'est rendu compte qu'ils étaient vraiment embêtés sur le plan administratif. Et il a créé une petite société qui s'appelle « E…» (…) Donc il a un système de télésecrétariat vers lequel pendant mes consultations je dévie mon téléphone. Ils peuvent fixer des rendez-vous, donner éventuellement un renseignement sur les heures de consultations. C'est un système par internet et donc ils mettent les rendez-vous et les visites et moi je peux afficher. Et il y a une case « tâches » : « Madame untel voudrait bien son renouvellement pilules, Monsieur Untel a téléphoné pour sa prise de sang ». Et alors quand j'ai fini ma consultation, je regarde tout ça. Et à mon aise je gère les choses tranquillement. Alors pour vous dire, le premier jour que je l'ai utilisé, c'était un lundi pendant l'épidémie de grippe. Et les deux premières heures ils ont reçu 35 appels. Alors je me suis dit : « 35 appels à une minutes

l'appel, ça fait 35 minutes de perdues pendant une consultation » (Docteur FB, femme, 40 ans, Brabant Wallon)

Ook hier wordt de overheid vaak te hulp geroepen. De bestaande maatregelen, bijvoorbeeld "Impulseo", worden in Wallonië zelden ter sprake gebracht, maar wel meer in Vlaanderen waar ze vooral worden vermeld als bijstand bij het opzetten van een groepspraktijk.

« Que la possibilité de secrétariat encadré ne soit pas réservée au duo ou aux maisons médicales, qu'on (les médecins solo) puisse avoir un quart temps ou un tiers temps de secrétariat » (Docteur FI, femme, 56 ans, Hainaut)

Naast het beroep doen op consultancy firma's kunnen ook technische middelen worden aangewend waarvoor geen tussenkomst van derden nodig is, bijvoorbeeld software voor agendabeheer ("Digitale Wachtkamer").

« Op afspraak werken heeft mijn leven veel eenvoudiger gemaakt. Ik heb me lang afgevraagd hoe ik dat ging doen, want als je natuurlijk voortdurend telefoons moet opnemen, is het ook niet haalbaar. Maar ik heb nu, sinds mei, de Digitale Wachtkamer, waarop men in de wachtzaal of via internet kan inschrijven. Dat is zeer aangenaam voor mij. Een paar patiënten hebben afgehaakt. Maar in het algemeen zien mensen er wel de voordelen van in. Anders kwamen ze soms om 7h30 in de wachtzaal en zaten ze er om 11h nog. Nu moet je met een kind met veertig graden koorts geen twee uren in de wachtzaal zitten. Ik geraakte vroeger niet door mijn werk. (…) » (Huisarts NN, M, 44 jaar, West-Vlaanderen)

3.3.4.5 Echelonnering van de zorgverlening

Het probleem van de plaats van de huisartsgeneeskunde binnen het gezondheidszorgsysteem hangt samen met het probleem van de erkenning. De huisarts voelt zich niet erkend en hij voelt zich niet erkend omdat de rol die hem wordt toegewezen een secundaire, zelfs tweederangspositie binnen het gezondheidszorgsysteem weerspiegelt. Het gebrek aan erkenning is een factor "in laatste instantie". Uit de uiteenzettingen van de respondenten blijkt dat de invloed van het gebrek aan erkenning via verschillende mediatoren verloopt: de houding van de patiënten, de relatie met de collega's-specialisten en met name de spoedafdelingen. Uit deze houdingen en relaties komt volgens sommigen, een flagrant gebrek aan erkenning van de huisartsgeneeskunde naar voren. Talrijke getuigenissen wijzen op deze ongunstige positie van de huisartsgeneeskunde binnen het zorgsysteem en op de frustraties die hierdoor ontstaan.

« Ieder moet zijn plaats kennen. De overheid kan daar ook campagne voor maken. De rolverdeling moet duidelijk zijn. Wie doet wat? Patiënten, huisarts, specialist, verplegers. Ik schrijf een patiënt thuisverpleging voor. Hij vraagt dan of ik dat niet zelf kan komen doen, want dat een andere arts dat ook doet. Nee, dat doe ik niet. Het gebeurt ook dat je een patiënt doorverwijst en hem niet meer terugziet, of dat een patiënt op controle bij de specialist moet komen voor dingen die wij ook kunnen doen…» (Huisarts NN, M, 44 jaar, West-Vlaanderen)

De voorstellen gaan in de richting van een herwaardering van het beroep door middel van een herdefiniëring van de echelonnering van de zorg en de diensten.

« Ik ben me gaan ergeren aan de werking van de gezondheidszorg. Er is een gebrek aan echelonnering. In de meeste andere landen is die er wel. De huisarts moet de verantwoordelijke zijn van het dossier van de patiënt. Hij moet diegene zijn die een preventieplan uitstippelt en de doorverwijzingen doet. De mensen trekken zich niks aan van het GMD. Ze hebben er een, maar ze consulteren evengoed drie andere artsen. Ik vind dat een patiënt het bij één huisarts moet houden en via hem moet worden doorverwezen. Een arts moet zijn patiënten kennen. Anders begin ik er niet meer aan. Maar de echelonnering komt er niet. Ik hoorde op de radio dat de voorzitter van de Christelijke Mutualiteiten resoluut tegen is. Het huidige systeem leidt tot enorme verspilling. Men gaat voor een lopende neus naar de pediater, en voor een uitstrijkje bij de gynaecoloog. Ik kan vandaag naar vijf maagdarmspecialisten gaan, en de mutualiteit betaalt me alles terug. Het is ook heel gevaarlijk. De specialist schrijft van alles voor, maar zonder kennis van het dossier » (Huisarts NP, V, 40 jaar, Oost-Vlaanderen)

De Belgische tekortkomingen op het vlak van echelonnering van de zorg lijken voor sommigen nauw samen te hangen met een probleem van beleid.

« Elk regeerakkoord spreekt wel van kostenefficiënte gezondheidszorg, maar tegelijk wordt de pen van de wetgever geleid door de ziekenfondsen, de ziekenhuissector en de farmaceutische sector. We hebben [in onze groepspraktijk] een duidelijke visie, die conform is met wat de overheid ons voorschrijft, maar eigenlijk word je door andere maatregelen gesaboteerd » (Huisarts NJ, M, 56 jaar, Antwerpen)

Het herzien van de echelonnering van de zorgverlening gaat volgens anderen via een herziening van de opleiding, van de honoreringsmodaliteiten van de dienstverlening en van de terugbetaling van de patiënt.

« Il faut redorer la fonction et tout d'abord revoir la formation continue qui est aux mains des firmes. Moi je les ai chassées partout où je suis allé. La formation spécifique en médecine générale doit commencer beaucoup plus tôt avec un tronc commun avec les spécialistes. (…) Il faut donner plus d'importance à la première ligne. Il faut un échelonnement plus réaliste. On voit les 2ème et 3ème lignes faire le travail de la première. L'accès à la deuxième ligne doit être prohibitif. C'est-à-dire que si vous y recourez vos soins ne seront pas remboursés. Ils ne le seront que si vous passez par la première ligne. Et les 2ème et 3ème lignes doivent être bien payés pour les encourager à renvoyer les patients vers la première. Et il faut que celle-ci soit facilement accessible ce qui suppose la suppression du ticket modérateur » (Docteur FA, homme, 60 ans, Bruxelles)

Zoals blijkt uit het hiernavolgende fragment moet de herpositionering - en de herwaardering - van de huisartsgeneeskunde als eerstelijnsgeneeskunde ook gaan via de erkenning van het specifieke karakter van de huisartsgeneeskunde op het vlak van de persoonlijke kennis die zij bezit over de patiënten en hun psychologische aspecten.

« La priorité ça doit être l'accord du médecin généraliste. Donner un accord pour opérer par exemple. Celui qui connaît le mieux le patient c'est le généraliste. L'accord c'est à l'envers. C'est le monde à l'envers. Pour prescrire du S. à un patient pour douleurs neuropathiques c'est nous qui les voyons au jour le jour et on doit faire appel à un spécialiste, même à un spécialiste qui n'y connaît rien en douleurs neuropathiques. Mais où va-t-on ? On est désavoué par l'administratif. On est moins que rien. On est des gratte-papiers et on n'a plus aucune compétence au niveau médical. On nie complètement l'aspect psychologique et ça ne fait que renforcer les dépenses en matière scientifique. S'ils veulent freiner le scientifique, qu'ils investissent le psychologique » (Docteur FC, homme, 35 ans, Luxembourg)

Dit specifieke karakter van nabijheid bij de patiënt toont de noodzaak aan van de invoer van een gecentraliseerd systeem van medische dossiers.

« Als een patiënt bij je komt, is het belangrijkste dat je als huisarts moet uitmaken of dit bijvoorbeeld, is dit een verkoudheid is of een longontsteking. Daarom is het essentieel om de patiënt te kennen. Als ik u ken, dan kan ik veel sneller accuraat oordelen. Met één dossier, dat ook door een arts van dienst kan worden geraadpleegd, is zo'n snel oordeel mogelijk. Terwijl dat in de Belgische situatie niet mogelijk is, door het ontbreken van een centraal dossier en door shoppende patiënten » (Huisarts NP, V, 40 jaar, Oost-Vlaanderen)

3.3.4.6 De huisarts de status van ambtenaar toekennen?

Voor sommigen is de tweeledigheid van de status van de huisarts ook een groot probleem: de huisarts is meestal een zelfstandige, maar is onderworpen aan een reeks erg specifieke verplichtingen, ethisch in de zin dat hij met name verplicht is om beschikbaar te zijn en zich te verplaatsen, en beleidsmatig in de zin dat hij voor zijn honoraria- meestal - de overeenkomst tussen de geneeskunde en de ziekenfondsen moet respecteren. Zoals sommige respondenten verklaarden, zijn dit verplichtingen zonder "sociale bescherming".

« Alors on fait quoi ? On dit : 'Nous, on est indépendants, on n'a pas de comptes à rendre, on fait comme on a envie'. Alors je ne fais plus de gardes, je ne fais plus de nuits. A 18 heures mon répondeur est branché. Et à côté de ça on a la loi qui nous dit : 'Obligation de soins, non assistance à personne en danger'. Et on est pris dans un étau. Alors qu'est-ce qu'on fait avec ça ? Ou alors on change nos statuts et on n'est plus indépendant, on est salarié, payé par l'Etat avec les avantages, les congés de maternité, les incapacités de travail. Moi je suis d'accord. Ou alors on reste indépendant, on travaille à l'acte mais on n'a plus de comptes à rendre à personne » (Docteur FK, femme, 33 ans, Namur)

Wat hier wordt aangeklaagd is het gebrek aan financiële bescherming zonder compensatie in termen van autonomie bij de organisatie van het werk en dit met het oog op het belang van de wettelijke en deontologische verplichtingen. Dit gebrek aan financiële bescherming brengt de huisartsen ertoe om meer uren te kloppen en hun privéleven op te geven. In dat opzicht zijn twee soorten houdingen mogelijk, ofwel eist men het opheffen van verplichtingen, bijvoorbeeld de verplichting om zich te verplaatsen (Dokter FN), ofwel maakt men aanspraak op statutaire bescherming, met name op financieel vlak. Vaak wordt dan voorgesteld om huisartsen het statuut van ambtenaar te geven zodat ze van dezelfde sociale voordelen zouden kunnen genieten.

« pour moi la solution est simple, il faut fonctionnariser le médecin c'est la seule solution. Fonctionnaire. (…) Avec tous les droits des fonctionnaires. A ce moment-là oui. Pourquoi est-ce que les jeunes vont vers la médecine scolaire, les maisons médicales etc. Tout simplement parce que c'est un pseudo-fonctionnariat. Donc effectivement c'est ce que les gens veulent. Moi ici ce que je fais à mon niveau c'est arriver à dire non, réguler, essayer de travailler à des horaires normaux, faire 8-19, ce qui n'est déjà pas mal quand on voit l'ensemble de la population. Essayer de vivre, bêtement de vivre… Si vous faites vos 38 heures semaine en médecine générale, vous ne gagnez pas vos 1.000 euros par moi. (…) L'idée de fonctionnariser : vous voulez une maîtrise, vous voulez qu'on fasse de la médecine selon les bonnes règles de pratique et qu'on éduque les gens et qu'on n'accède pas à leurs envies ? Il faut que ce ne soit plus eux qui nous paient » (Docteur FG, homme, 38 ans, Liège)

Ook geneeskunde betaald per forfait of met honoraria die worden berekend naar verhouding van de duur van de consultatie worden aanbevolen. Voor artsen die bijzonder investeren op het psychologische vlak, is deze dimensie bijzonder relevant. Vaak vinden ze dat ze benadeeld zijn ten opzichte van artsen die meer "afstand houden" en voor wie de consultaties korter kunnen zijn en zo meer inkomsten kunnen opleveren.

« Ik kan moeilijk extra consultaties aanrekenen voor patiënten met een complexe of psychologische problematiek. Voor mij zou forfaitair betaalde geneeskunde een grote vooruitgang zijn. Er wordt nog veel te gemakkelijk gedacht dat voor de meeste mensen geneeskunde best betaalbaar is. Maar er zijn veel mensen die van een klein loon moeten leven. Ik heb vaak patiënten van wie ik denk dat ze beter naar een psycholoog zouden gaan. Maar die mensen kunnen dat dan niet betalen. En voor een CGG heb je een wachtlijst van drie maanden. (…) Die psychische opvang van patiënten, tussen al de rest door, maakt het heel moeilijk om te structureren. Als je een honorarium kon voorzien voor een langer spreekuur, dan kon je de mensen op een ander moment laten komen. Als je dan een ander honorarium kan vragen, waar de patiënt meer van terugkrijgt, dan weegt dat tegen elkaar op. De patiënt is beter geholpen, en ik voel me minder ongemakkelijk » (Huisarts NK, V, 52 jaar, Antwerpen)

3.3.4.7 Beter rekening houden met de psycho-sociale dimensies van de zorgvraag of "leren grenzen te stellen"

Uitbreiding van het klachtendomein

Voor veel ondervraagde artsen is de medische relatie aanzienlijk complexer geworden. De problematieken waarmee ze worden geconfronteerd en de manier waarop die tot uitdrukking komen, kunnen volgens hen meer dan ooit tevoren op verschillende manieren worden geïnterpreteerd. In elk geval vereisen deze problemen van hun kant steeds meer investeringen op psychologisch vlak en juist op dat vlak blijken ze onvoldoende gewapend te zijn. Bovendien is de medische relatie sterk geëvolueerd op het vlak van sociale verhoudingen. Het is niet langer die sterk asymmetrische relatie van vroeger gebaseerd op een maatschappelijk aanvaarde autoriteit en steunend op onbetwistbare kennis. De patiënten van vandaag zijn veeleisend, soms zelfs erg veeleisend, ze voelen zich helemaal niet meer onwetend, stellen vragen, eisen dienstverlening.

Voor de huisartsen vormt dit dubbele kenmerk van het complexer worden van de problematieken en de transformatie van de sociale verhoudingen ongetwijfeld een oorzaak van burnout. De moeilijkheid is hier uitgedrukt in termen van beperkingen: beperkingen die moeten worden opgelegd aan de patiënten wat betreft hun vraag en/of die de huisarts aan zichzelf moet opleggen wat betreft de eigen investeringen. Het is dus absoluut noodzakelijk om "Grenzen te kunnen stellen".

Het is niet verwonderlijk dat de artsen die van deze factor gewag maakten, ook bekenden dat ze "psychologische feeling" hebben, dat ze bijzonder gevoelig zijn voor dit aspect van de klachten, en ook nog dat ze gehecht zijn aan hun patiënten en ze derhalve niet in de steek kunnen laten, dat ze heel veel terug krijgen, enz. Achter deze gedachtegang merkt men een niet geveinsd engagement. Het probleem van burnout, net zoals bij andere psycho-sociale risico's (stress, ...) werd academisch gezien als een probleem van het al dan niet zich kunnen aanpassen van een persoonlijkheid aan een bijzondere werkomgeving. De ondervraagde artsen hebben dit probleem zelden of nooit op die manier bekeken. Slechts één respondent meldde grote moeilijkheden bij het overbrengen van slecht nieuws aan haar patiënten, en erkende hierbij dat de emotionele belasting voor haar vaak moeilijk te dragen was (Dokter FM, vrouw, 51 jaar, Brussel) Anderen vermeldden inderdaad dat ze moeilijkheden hadden met het beperken van hun engagement en vooral met het aanhoudend binnendringen van patiënten in hun privéleven, maar geen enkele van deze artsen wees een specifiek persoonlijkheidskenmerk aan als oorzaak van deze moeilijkheden. Ze zien dit eerder als het logische gevolg van een beeld van een geneeskunde die dicht bij de patiënt staat, namelijk dat men deze voorstelling van de geneeskunde algemeen aanvaard wil zien. Aan deze voorstelling zijn vereisten verbonden waarmee men moet kunnen omgaan. De moeilijkheid die leidt tot burnout wordt door deze respondenten meer toegeschreven aan het feit van "het niet weten" dan aan het feit dat men te gevoelig is of niet zeker genoeg van zichzelf. Men moet dus een leerproces doormaken. En de belangrijkste voorstellen die worden gemaakt, gaan ook in die richting.

« On nie complètement l'aspect psychologique et ça ne fait que renforcer les dépenses en matière scientifique (examens médicaux). S'ils veulent freiner le scientifique, qu'ils investissent le psychologique (…) Q : Quelle est la part du psy dans votre formation ? R : Elle est nulle. On devrait faire la psycho avant de faire la médecine. Ou la faire en même temps quoi. L'effet placebo est vraiment un parent pauvre. C'est tout ça qu'il faut sonder. C'est tout ce qu'on laisse de côté (…) Pourquoi est-ce qu'on n'étudie pas plus (…) tous les aspects psy ? A combien de personnes ne pourrait-on pas éviter des médicaments et d'autres choses » (Docteur FC, homme, 35 ans, Luxembourg)

« In mijn opleiding is communicatie met de patiënt zeker aan bod gekomen; ook ethische kwesties. Maar het ging om richtlijnen, trics en tips. Allemaal zaken waarmee je juist voorbij gaat aan de individualiteit van de patiënt. Er was en is nog steeds geen aandacht voor wat communicatie met de patiënt met je eigen gevoelens doet. Eigenlijk ga je vanuit je opleiding met de patiënt om als met een object. Kortom de huisarts is diegene die het sterkst bij de patiënt staat. Maar negen keer op tien moet hij geruststellen. Precies voor die psychologische component is de huisarts nu juist niet opgeleid. Die psychologische component in de gewone praktijk heb ik ook sterk onderschat » (Huisarts NA, M, 28 jaar, Oost-Vlaanderen)

Men moet ook een voortgezette vorming promoten, en ervoor zorgen dat die niet te zwaar gaat doorwegen op een reeds aanhoudende belasting zoals vandaag de dag het geval is. Een oplossing zou zijn om die opleiding overdag te organiseren. Dit geeft echter als bijkomend probleem dat men dan inkomsten misloopt.

« Et puis il y a ces formations aussi, ça j'en parlais encore avec mon frère qui est psychologue. Lui ses formations c'est à la place d'une journée de travail, nous c'est après la journée, à la place de la vie de famille. C'est mortel quand même. On a des journées ultra-remplies et on se coltine encore des réunions qui se terminent à 10 heures, on commence à souper à 10 heures du soir. Et pour peu que l'ambiance soit détendue on revient à minuit et puis voilà. Moi je trouve que nos formations elles devraient être à la place de nos journées de travail. (…) Je trouve qu'il ne reste que des miettes dans la vie d'un médecin généraliste, il ne reste que des miettes pour la vie de famille… » (Docteur FC, homme, 35 ans, Luxembourg)

Tevens moet supervisie worden aangemoedigd en in het hiernavolgend citaat, zien we dat dit als gelijklopend met vorming wordt gezien.

« Je prenais les branches où ça me faisait du bien d'aller écouter l'orateur et tout ça. Et il faut aussi aller à 8 h 1/2 du soir ou bien le week-end quand on est bien crevés à aller écouter des données fort théoriques et qu'on ne sait pas toujours bien raccrocher directement à notre pratique. Donc je pense qu'il y aurait peut-être intérêt à ce qu'il y ait des modules plus concrets de formation et d'accompagnement. Alors aussi je pense qu'il faudrait qu'on puisse avoir accès à des superviseurs au lieu de devoir les payer nous-mêmes… » (Docteur FI, femme, 56 ans, Hainaut)

Andere hulpmiddelen van psychologische aard werden ook genoemd zoals "empathie groepen". Ook de Balint-groepen werden vermeld, maar hieraan nemen de ondervraagde personen weinig deel.

Wanneer de voorstellen gericht zijn op de structuren, aarzelen sommigen niet om zichzelf een psychologische taak toe te kennen.

De ontwikkeling van een eerstelijnszorg op psychologisch en sociaal vlak

Op het snijpunt van voorstellen voor echelonnering van zorg en voorstellen voor steun bij psychologische taken, vinden we oproepen tot multidisciplinaire activiteiten met psychologen en maatschappelijk werkers. Deze respondenten wijzen de kritiek van een eventuele medicalisering van dit soort problemen af door de kosten van een psychologische opvolging buiten de medische structuren ter sprake te brengen.

« We hadden in onze groepspraktijk een psycholoog in dienst. Volgend jaar hebben we er misschien terug een. We willen die problemen toch delegeren en meer multidisciplinair werken. Het probleem is dan weer dat dit heel duur is. We hebben geen mogelijkheid om dat voor de patiënten goedkoper te maken. De mutualiteiten kunnen daar hoogstens in het begin een beetje voor tussenkomen. Het frustrerende is dan dat de psycholoog met een programma kan beginnen, maar dat de mensen ermee ophouden omdat het voor hen onbetaalbaar is geworden. Q : Dat is een probleem van medicalisering van het psychische of het sociale. R : Ja, ofwel behandelen wij het, maar wij zijn er onvoldoende in geschoold, ofwel wordt het onbetaalbaar voor de patiënt » (Huisarts NJ, M, 56 jaar, Antwerpen)

3.3.4.8 Nadenken over de relaties met collega's

Wij hebben reeds gewag gemaakt van de problemen met de relaties met collega's. De tijd van overvloed is voorbij en het toenmalige concurrentiële klimaat moet als voorbij worden beschouwd. Onze vaststellingen lijken daar niet helemaal op te wijzen. Dit klimaat lijkt op talrijke plaatsen nog steeds aanwezig te zijn en maakt het leven onaangenaam, vooral dan voor de jonge generaties. Er zijn landelijke gebieden waar protectionisme blijft voortduren of, erger nog, waar er praktijken zijn waarbij patiënten worden 'verduisterd', en waar dit gepaard gaat met kwaadwillige en destabiliserende geruchten.

We hebben ook de verschillen in voorstelling van het beroep opgemerkt die uit bepaalde gesprekken naar voren kwamen, met name tussen generaties van artsen. Bepaalde jonge artsen hebben van de gelegenheid gebruik gemaakt om ons deelgenoot te maken van hetgeen ze als morele druk ervaren uitgeoefend door hun oudere collega's, een druk die vaak moeilijk te dragen is. Deze druk bestaat over het algemeen in het regelmatig aanroepen van een praktijkmoraal die door de jongere generaties als achterhaald wordt beschouwd omdat hij niet langer meer overeenstemt met de huidige levenswijze. De morele autoriteit van oudere artsen blijft echter bestaan en de door hen gegeven kritiek bereikt vaak zijn doel. Daarom verbergen de jonge artsen zoveel mogelijk hun 'afwijkingen' van deze norm die hen een schaamte- en schuldgevoel oplevert, bijvoorbeeld wanneer ze eens een namiddag vrij nemen. In sommige gevallen wordt de sfeer omschreven als werkelijk funest. Uiteraard is het nog de vraag hoe men kan weten of de omstandigheden voor, tijdens en na de burnout het gevolg zijn van deze perceptie, of dat zij deze perceptie juist veroorzaken. Deze manier van redeneren geldt niet voor de meerderheid van de artsen. Veel van onze respondenten benadrukten inderdaad het positieve karakter van de huisartskringen, de LOK's en de dodecagroepen, zowel op het vlak van relaties als van vorming.

Ze worden beschouwd als goede plaatsen voor communicatie en uitwisseling van ideeën over de manier van werken of over de patiënten. Er werden verschillende voorstellen geformuleerd om de dialoog en het onderling begrip tussen collega's te bevorderen.

« In een LOK-groep bespreek je ook de dingen waar je het moeilijk mee hebt. Maar als dat ook de artsen zijn waar je mogelijk concurrentieel mee bent, dan ga je je niet zo gemakkelijk blootgeven. Je moet je beveiligd voelen vooraleer je over jezelf kan vertellen. Gemengde LOK-groepen zouden daarom misschien beter zijn » (Huisarts NK, V, 52 jaar, Antwerpen)

3.3.4.9 Aanpak van burnout

Praktisch geen enkele van de ondervraagde artsen werd opgevolgd door een behandelende arts. Sommigen vonden dit helemaal niet nodig (Huisarts NN), anderen waren bang om hun kwetsbaarheid openbaar te maken (Huisarts ON), een andere tenslotte (Dokter FR) vermeldde de risico's die samenhangen met zelfmedicatie en de noodzaak om zich hiertegen te verzetten.

Hoewel de arbeidsgeneeskunde meestal niet wordt gezien als een toereikend model om burnout te voorkomen en te behandelen, wordt het nut van een *ad hoc* structuur, hoewel dit idee niet op algemeen enthousiasme kan rekenen, toch niet afgewezen. Dokter FR (man, 60 jaar, Brussel) is de respondent die dit idee van het opzetten van een structuur om de gezondheid van de huisartsen te bewaken, het meest heeft uitgewerkt. Deze structuur zou geen kring mogen zijn want een dergelijke opdracht behoort niet tot de doelstellingen van huisartsenkringen. Volgens hem is de kring inderdaad niet de plaats waar men aandacht schenkt aan de mentale gezondheid van zijn collega's. Deze structuur moet flexibel zijn, d.w.z. het mag niet verplicht zijn om er een beroep op te doen en het gegeven advies mag niet dwingend zijn. Deze structuur zou kunnen functioneren volgens het principe van de positieve discriminatie: een bonus kan worden toegekend aan de huisarts die zich onderwerpt aan een check-up en die check-up zou kunnen worden aangepast in functie van sommige variabelen: leeftijd, geslacht, enz. Zo zou de check-up na de leeftijd van 50 jaar frequenter moeten plaatsvinden en in de adviezen zou ook rekening kunnen worden gehouden met het geslacht.

Andere voorstellen zijn vager en/of minder institutioneel, en hebben betrekking op organisaties die parallel zouden lopen met de reeds bestaande en die vormingen zouden organiseren rond zelfbehandeling.

« Je zou wel groepen kunnen maken rond zelfzorg en omgang met patiënten. We moeten bijscholen, en jaarlijks navormingspunten halen. Je zou vier van de twintig navormingsuren kunnen voorzien voor zelfzorg. Er moet wel controle op bestaan, bijvoorbeeld door een psychotherapeut. Het mag trouwens gerust gaan over: 'Hoe organiseer ik mijn praktijk?', 'Hoe ga ik om met een ongelegen late telefoon ?', 'Hoe praat ik met een patiënt die laat voelen dat het slecht gaat op zijn werk?' Dat zijn praktische dingen, die tegelijk over zelfzorg gaan » (Huisarts NK, V, 52 jaar, Antwerpen)

Andere voorstellen maken nauwelijks enig verschil tussen ondersteunende en toezichthoudende structuren. In het hierna volgend citaat is men pessimistisch: de noodzaak van een structuur wordt gerechtvaardigd door de urgentie om ter hulp te komen aan de nieuwe generatie.

« Dans le secteur privé, dans les entreprises, il y a quand même une médecine du travail. Je pense que ça pourrait… (…) si on pouvait un petit peu en parler, ce serait bien… parfois on a des mauvais coups ; par exemple on perd un patient ou bien des fois on a l'impression que l'on n'a pas posé un bon diagnostic… (…) parfois, on a un sentiment de culpabilité. Et on doit le garder… (…) On garde ça pour soi et c'est vrai que si on pouvait en parler à un interlocuteur neutre finalement ça pourrait faire du bien. Q : Vous verriez un intérêt à mettre une structure en place alors ? R : Oui. Et puis, il faut penser à nos jeunes. Et il y en a déjà presque plus. On a quand même besoin des médecins pour soigner… » (Docteur FO, femme, 53 ans, Liège)

De groepspraktijk werd vooruit geschoven als een van de voornaamste preventieve maatregelen die zoveel mogelijk moet worden aangemoedigd. De formule die het meeste voordeel biedt is de kleine groepspraktijk, eerder dan een medisch huis, wat echter zeker niet betekent dat men die laatste formule moet afwijzen. Voor sommigen zijn grote groepen beangstigend, vooral omwille van de organisatorische vereisten die ermee gepaard gaan en de noodzaak om zich te plooien naar de wet van de meerderheid. Die is vaak sterk dwingend; ook kunnen conflicten tussen groepjes ontstaan. Voor een van onze respondenten waren deze conflicten, die soms erg hard waren omdat ze zich op een sterk ideologisch vlak voordeden, duidelijk een oorzaak van de huidige burnout. Burnout als effect van structuur. De oplossing zou eventueel zijn om ook hier een neutrale functie te voorzien.

« Je ne sais pas si une structure comme la médecine du travail servirait à grand-chose. Neen Je pense que dans des grosses équipes, même mutualisées, le problème est d'avoir quelqu'un qui passe dans les différents secteurs de soins, dans les différentes maisons médicales pour s'enquérir s'il y a des problèmes, si tout va bien. (…) Donc, chez nous, il y a les réunions plénières d'équipe. C'est tout le monde. Et alors, des réunions de secteur : les médecins se réunissent entre eux, les infirmières se réunissent entre elles, … les accueillantes entre elles… pour régler justement tous les petits problèmes, les petits différends de la vie quotidienne…(…) Q : Et celui qui passe… cela doit être un médecin ? R : Moi, j'avais fait la proposition. (…) Donc, c'est ça… avoir une espèce d'ombudsman interne. En interne ou à la fédération, quitte à avoir un ombudsman itinérant, pourquoi pas ? Mais quelqu'un qui soit chargé de ça. Pour l'instant ce n'est pas du tout structurel qu'il y ait quelqu'un qui s'occupe de cette problématique » (Docteur FD, homme, 60 ans, Bruxelles)

4 COMPARAISONS INTERNATIONALES

4.1 DESCRIPTION DES EXPÉRIENCES PAR PAYS

4.1.1 France

4.1.1.1 Prise en charge des medecins en souffrance

En 2003, les Unions Régionales des Médecins Libéraux ont estimé que de plus en plus de médecins libéraux, touchés par le syndrome d'épuisement professionnel, n'étaient plus en mesure d'apporter une qualité des soins satisfaisante à leurs patients. Les conséquences en termes de coûts ont été directement observées par la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) qui a enregistré une croissance des journées indemnisées (arrêt de plus de trois mois) pour les médecins de 12% en 2001 et de 6,5% en 2002. Au total, 1 435 médecins libéraux ont été arrêtés plus de trois mois en 2002 soit 30% de plus qu'en 1999.

De plus, en 2002, environ 700 médecins libéraux âgés de 53,4 ans en moyenne ont reçu une pension d'invalidité permanente (+5% par rapport à l'année précédente). Ceux qui ont droit à une pension aujourd'hui souffrent principalement de maladies psychiatriques (40%), de problèmes cardio-vasculaires (17%), de pathologies neurologiques (11%), de trauma (8%) et de cancers (8%). Or, aucune structure n'est prévue pour conseiller et soutenir ces médecins qui associent problèmes de santé, isolement psychologique et difficultés financières (liées à la perte de revenus non couverte en raison de leur statut d'indépendant).

Dispositif mis en place

Depuis juin 2005, l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) a mis en place, avec l'aide de PSYA (société spécialisée dans la prévention et la gestion des risques psychosociaux qui pratique l'écoute active et le soutien psychologique par téléphone), un dispositif concret d'écoute téléphonique, d'accompagnement et de soutien psychologique spécialement dédié aux médecins libéraux d'Ile-de-France. Les appels au numéro unique 0826 004 580 sont anonymes et peuvent être reçus 24h/24 et 7j/7. Le montant de la communication s'élève à 0.15 euro/minute. Les praticiens libéraux d'Ile-de-France se voient proposer :

- une assistance psychologique par téléphone, anonyme et confidentielle, tout en assurant un suivi des dossiers grâce à un identifiant communiqué lors du premier appel;
- l'orientation si nécessaire, vers un psychologue ou toute autre structure ou réseau proposant une prise en charge adaptée.

Les objectifs poursuivis par l'AAPML sont déclinés de façon hiérarchique en[26] :

Objectif final : L'amélioration de la qualité des soins de ville

Objectifs intermédiaires :

La prévention de l'interruption d'activité, voire du suicide, chez les professionnels de la santé pour cause d'épuisement professionnel

L'optimisation de la capacité d'écoute des professionnels de la santé

L'amélioration de la relation soignant-patient

La réalisation d'économies dans le secteur de la santé grâce à une plus grande disponibilité de prescripteurs sereins et légitimés dans leurs fonctions et leur équilibre professionnel.

Objectifs opérationnels :

Objectifs médicaux :

Permettre une prise en charge des professionnels de la santé en situation de détresse psychologique

Objectifs économiques :

Parvenir à une diminution du coût du mal-être de certains soignants

Optimiser la performance des soins en soulageant le soignant de ses propres problèmes

Objectifs organisationnels :

Permettre une prise en charge globale et immédiate du professionnel de la santé souffrant

Faciliter l'entrée dans le dispositif de soin des soignants réticents à consulter

Objectifs qualité :

Améliorer la qualité des soins dispensés par les soignants concernés

Améliorer les pratiques professionnelles

Population concernée

Ce projet d'aide professionnelle est réalisé, dans un premier temps en Ile-de-France, soit environ 25 000 médecins libéraux. La population concernée par ce dispositif est limitée dans sa phase d'expérimentation aux médecins libéraux connaissant des problèmes psychologiques liés directement ou indirectement à l'exercice de leur profession, mais pourrait s'étendre à l'ensemble des professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes...).

En 2007, le service d'écoute a été étendu aux chirurgiens-dentistes franciliens. Et en 2008, ce service a été étendu aux médecins libéraux d'autres régions françaises : Bourgogne, Centre, Corse, Nord Pas de Calais, Provence Alpes Côte d'Azur. Au 1er janvier 2010, ce dispositif couvrait 6 unions représentant près de 50 000 médecins libéraux[26]. Un projet d'extension du service d'aide aux infirmières est envisagé.

Structure d'appui

L'AAPML est gérée de manière opérationnelle par deux instances[26] :

- le conseil d'administration chargé de prendre des décisions stratégiques.
- le comité de direction opérationnel chargé de gérer le projet sur une base régulière. Il est composé du président de l'association, du médecin coordonnateur du dispositif et d'une chargée de mission.

Le dispositif fonctionne avec l'aide d'un partenaire spécifique : la société PSYA, spécialisée dans la prévention, la prise en charge et la gestion des troubles psychologiques liés au travail. Cette société propose une assistance animée exclusivement par des psychologues cliniciens formés au soutien et à l'accompagnement par téléphone et par internet. C'est une structure de premier recours qui peut s'accompagner d'orientations adaptées pour les cas graves ou trop complexes ne pouvant être résolus par téléphone. En raison de l'anonymat et de l'absence physique de l'appelant, une psychothérapie par téléphone ne peut être entreprise. Concrètement, 6 psychologues se relaient 24h/24 au sein de la plate-forme de PSYA pour répondre aux appels des professionnels de santé qui souhaitent exprimer une souffrance ressentie.

Financement

Le dispositif de l'AAPML a obtenu depuis sa première année de fonctionnement un financement par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins d'Ile-de-France (FAQSV[7]) : en 2004, une subvention de 273 450 euros a été octroyée, complétée en 2007 par une subvention complémentaire de 66 600 euros.

Depuis 2007, le FAQSV est remplacé par le Fonds d'Intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) qui a attribué une subvention de 477 400 euros à l'AAPML pour une période 3 ans (2008-2010). Le dispositif reçoit aussi le soutien financier du conseil régional d'Ile-de-France et de plusieurs URML régionales, proportionnellement au nombre de médecins libéraux exerçant dans la région concernée. De nouveaux partenariats sont recherchés ; en 2009, des approches avec le Groupe Pasteur Mutualité et le Quotidien du médecin ont été ébauchées[26].

Ainsi, les subventions encaissées ont évolué de 147 237 euros (en 2005) à 157 650 (en 2009). Les dépenses ont évolué de 109 544 euros (en 2005) à 142 724 euros (en 2009)[26].

Les principaux postes de dépenses sont représentés au Tableau 6, respectivement pour les années 2008 et 2009.

Tableau 6. Principaux postes de dépenses

	Montants 2008	**Montants 2009**
Plateau technique PSYA	66 038	48 222,72
Communication	1 900	35 305,28
Site internet	432	379,72
Salaires, taxes et charges	38 096	41 182
Loyers et charges	8 196	8 196

Source : AAPML 2009[26]

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Le libre choix du « médecin-patient » d'adhérer ou de se retirer de l'expérimentation est garanti par son anonymat lorsqu'il choisit d'utiliser le numéro dédié.

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Lors du premier appel, un numéro d'entretien est communiqué à l'appelant. Ce numéro lui sera demandé lors de ses appels ultérieurs, afin qu'un lien puisse être réalisé avec son dossier.

Le médecin souhaitant rester anonyme le restera totalement, même vis-à-vis du psychologue. Chaque appelant sera informé que son appel est anonyme, garanti par le secret médical et que les données recueillies ne serviront qu'à un traitement statistique anonyme. Une grille de recueil est systématiquement complétée par les psychologues après chaque entretien, afin de relever des informations sur les appels eux-mêmes (jours et heures, durée) mais aussi sur les caractéristiques des appelants, leurs demandes et donc l'épidémiologie des pathologies professionnelles des médecins27.

Le médecin peut s'entretenir au maximum 5 fois avec un psychologue du réseau. Si l'état du médecin nécessite une prise en charge psychologique plus poussée, il est adressé vers un psychologue clinicien appartenant au réseau de PSYA ou toute autre structure ou réseau offrant une prise en charge adaptée à la situation[27].

7 Les ressources du FAQSV proviennent de l'assurance maladie et sont fixées annuellement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale. Les ressources sont attribuées soit à des projets d'intérêt national soit à des projets d'intérêt régional.

Un dispositif d'urgence est également envisagé lorsque des situations particulières se présentent : lorsque l'état psychologique de l'appelant nécessite une prise en charge médicale urgente (dépression majeure), lorsque l'appelant présente un danger pour lui-même (risque de suicide, passage à l'acte) ou pour son entourage. Dans ces cas spécifiques, le PSYA tente de maintenir le contact autant que possible, essaie d'obtenir les coordonnées de l'appelant afin d'envoyer des secours. Si la situation est moins critique, le PSYA tentera de convaincre l'appelant que son cas ne peut se traiter efficacement que dans une structure médicalisée, et que l'intervention d'un psychiatre est incontournable[26].

Evaluation du dispositif

Depuis juin 2005, plus de 800 professionnels de santé ont utilisé le service de l'AAPML. Le dispositif couvre 6 régions représentant 50 000 médecins libéraux.

Un bilan quantitatif a été dressé pour la période entre le 1er juin 2005 et le 31 décembre 2009[26]. Sur cette période de 3 ans et demi, 833 appels provenant de 630 appelants ont été enregistrés (24% des appelants ont appelé au moins 2 fois et 6% des appelants ont pris contact 6 fois). La moyenne annuelle d'appels avoisine 110, mais s'élève à 195 en 2009, en raison de l'extension du dispositif à d'autres régions françaises. Les professionnels contactent principalement la plateforme depuis leur cabinet, puisque 84% des appels sont enregistrés aux heures et jours ouvrables, avec une durée moyenne de 22,9 minutes (ET=18,9). Un tiers des appels dure plus de 30 minutes. Les appelants sont majoritairement des femmes (55%) d'âge moyen compris entre 50-55 ans et mariés (>70%), toujours en activité professionnelle (>80%). Parmi les appelants, 65% sont des médecins généralistes, 25% sont spécialistes ou membres de l'entourage du professionnel de la santé. Les problèmes évoqués relèvent de la vie professionnelle (34%), de la vie privée (29%), de l'articulation vie professionnelle – vie privée (23%), de l'activité soignante (14%). Les questions relevant de l'activité professionnelle portent principalement sur la culpabilité ressentie suite à une erreur de diagnostic, à une erreur médicale ou à l'annonce d'une maladie grave, à l'isolement psychologique, à la difficulté de parler de la mort avec les collègues, à la gestion du risque pour les patients et pour eux-mêmes. La majorité des médecins appelants présente par ailleurs des troubles ou une préoccupation anxieuse, voire pour certains un état dépressif, les amenant à suivre une psychothérapie et un traitement médicamenteux. L'alcoolisme et les idées suicidaires sont parfois évoqués. Au-delà des problèmes résolus lors des entretiens téléphoniques, 78 appels ont donné suite à une orientation auprès de structures adaptées (psychothérapie, recours vers le milieu associatif, ou hospitalisation).

Une seconde évaluation externe est prévue courant 2010 (la première avait été menée 9 mois après la mise en place du dispositif). Cette nouvelle évaluation devra permettre d'évaluer la qualité et l'utilité du service proposé par l'AAPML mais aussi sa notoriété. L'évaluation est actuellement en cours de réalisation sous la forme d'un questionnaire de satisfaction en ligne (http://www.aapml.fr/index2.php?m=4&page=112; accès le 29 mars 2010). Les résultats devraient être consultables en juillet 2010 sur le site de l'AAPML.

Facteurs de succès

L'AAPML a organisé plusieurs séances de formation à l'attention des psychologues de PSYA dans le but de "contextualiser" le métier de médecin libéral; d'informer, de sensibiliser l'équipe de psychologues aux différents aspects et particularités de l'activité professionnelle des médecins libéraux d'Ile-de-France (spécificité du burnout en médecine libérale et conséquences sur l'exercice professionnel)[26] ; de les aider à s'approprier les grilles d'entretien et les grilles d'évaluation telles que le Maslach Burnout Inventory.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) soutient l'association et met à disposition ses moyens de communication pour diffuser le plus largement le numéro de la cellule d'écoute. Un partenariat a été établi avec l'Union Française pour la Santé Bucco Dentaire (UFSBD) pour étendre la cellule d'écoute à d'autres professionnels de santé. De même, plusieurs URML ont souhaité soutenir l'action de l'AAPML dans le cadre de l'extension du projet à d'autres régions françaises.

Un site Internet a été mis en place en octobre 2005 dans l'objectif de :

- présenter le service d'appel ;
- présenter l'association AAPML, sa composition, ses objectifs ;
- offrir une base de liens indispensables ;
- diffuser une lettre d'actualité aux adhérents du site ;
- offrir une base documentaire.

Ce site internet est opérationnel depuis octobre 2005 et compte, au 31 décembre 2008, 27 530 visiteurs. En 2008, le nombre moyen de visites mensuelles s'élève à 1 010[26]. Un blog sur le site du journal à grande diffusion "Le Généraliste" est également actif.

4.1.1.2 Autres types d'aide

L'Association pour les soins aux soignants (APSS)

L'APSS a été créée début 2009 à l'initiative de l'Ordre des médecins et de la CARMF, avec la collaboration de la fédération de l'hospitalisation privée, de la fédération hospitalière de France et du groupe Pasteur mutualité.

Les objectifs de l'APSS sont de mettre en place une médecine préventive et de créer des centres de soins spécifiques dédiés aux soignants. L'APSS sera garante de la qualité des soins et de la confidentialité indispensables. Le but ultime de l'association est de proposer aux soignés un contrat thérapeutique inspiré des réalisations étrangères. Des incitations sociales et financières sont aussi à l'étude.

L'APSS a pour vocation statutaire de :

Rassembler tous les éléments d'information notamment d'ordre statistique permettant d'apprécier l'état actuel des pathologies spécifiques des soignants et de se constituer à cet effet une base de données,

Définir une politique commune pour répondre aux besoins spécifiques engendrés par ces pathologies ; leurs préventions, leurs traitements ; le suivi des professionnels concernés et une éventuelle réhabilitation,

Constituer des structures d'accueil et de soins pour les soignants, former des médecins pour prendre en charge des soignants.

Aides financières de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF)

Des aides à la reprise sont disponibles. En cas d'arrêt prolongé, lors de la reprise du travail, la caisse peut maintenir les indemnités journalières durant 3 à 6 mois, ce qui favorise une reprise du travail en douceur. Un médecin peut être déclaré invalide s'il n'est plus en mesure d'exercer sa profession, dans ce cas il sera tout de même autorisé à travailler en dehors du milieu de soins. A 60 ans, si le médecin est déclaré inapte par ses pairs (médecins de la CARMF), il peut bénéficier d'une retraite anticipée avec maintien de ses droits. En cas de suicide du médecin, l'indemnité de décès est augmentée afin d'aider les familles au plan matériel. Par contre si le médecin avait cessé de payer ses cotisations, la famille ne perçoit pas de capital décès. En cas d'épuisement professionnel, le médecin arrête parfois de payer ses cotisations aux diverses caisses.

4.1.2 Espagne

4.1.2.1 Prise en charge des medecins en souffrance

Les médecins en souffrance tendent à cacher leur problèmes personnels et à éviter de rechercher une aide médicale. La combinaison de ces deux comportements peut mettre en péril la qualité des soins qu'ils délivrent aux patients[28]. Depuis la fin des années 90, l'Ordre des Médecins recommande une facilité d'accès aux soins pour les médecins, le droit à la confidentialité et le développement de la recherche en matière de santé mentale en relation avec les conditions de travail du corps médical.

Dispositif mis en place

Le Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade, PAIMM, a été créé en 1998 par l'Ordre des Médecins de Barcelone (Consell de Collegis de Metges de Catalunya), par le Département de Santé et Sécurité Sociale du Gouvernement catalan (Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya) et le Service Catalan de Santé. Ce programme a pour but d'assister les médecins qui présentent des problèmes psychiques et/ou des comportements de dépendance. La finalité est donc d'assurer à ces confrères des traitements adéquats, de manière à ce qu'ils puissent exercer la médecine dans les meilleures conditions possibles. Les services offerts par le PAIMM ont été proposés dès novembre 1998 pour le secteur ambulatoire et dès mars 1999 pour le secteur hospitalier

La prise en charge personnalisée, la discrétion, la flexibilité dans le traitement et le support professionnel spécialisé s'adaptent aux caractéristiques de chaque patient. Cette prise en charge individuelle peut se faire en groupe ou en famille, avec si nécessaire des horaires adaptés, éventuellement pendant les périodes de vacances.

À partir de l'expérience du PAIMM, le Conseil de l'Ordre des Médecins de Catalogne a créé en 2001 la Fondation Galatea ayant pour objectifs de gérer le PAIMM mais aussi d'analyser et d'étudier les situations liées à la santé du médecin et des autres professionnels de santé.

Les objectifs de la Fondation Galatea sont d'encourager les styles de vie salutaires, prévenir les maladies évitables et veiller à ce que les professionnels de la santé reçoivent l'assistance adéquate lorsqu'ils sont malades (http://www.fgalatea.org/fra/missio.htm; accès le 19 avril 2010).

La Fondation Galatea a développé :

des programmes de prise en charge curative :

PAIMM pour les médecins malades

RETORN pour les infirmières malades.

des programmes préventifs :

La santé des médecins à la retraite

La santé des médecins résidents

Prévention et soins du burnout

Santé, genre et pratique professionnelle

La santé des étudiants en médecine

La santé des infirmières

Les fonctions du Programme sont[29] :

De recevoir et de traiter toutes les demandes d'aide émanant de médecins malades, quelle que soit leur origine ;

De faciliter l'assistance médicale et psychologique à tous les médecins malades qui ont signé le contrat thérapeutique ;

D'obtenir, lorsque le coordinateur du PAIMM le requiert, une évaluation des capacités cognitives, comportementales et fonctionnelles du médecin malade ;

D'informer le coordinateur du programme de l'existence de facteurs susceptibles de limiter ou de restreindre la pratique médicale du médecin malade ;

D'évaluer l'information de manière globale en vue d'informer les associations médicales au sujet de la situation financière, professionnelle sociale et légale de tous les médecins soignés ;

D'évaluer le développement de campagnes de sensibilisation conduites par les associations médicales à l'égard de leurs membres ;

De promouvoir le développement d'activités de formations des hauts dirigeants des établissements de santé au sujet du dépistage et du traitement des médecins malades ;

De favoriser la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation des médecins à l'abus d'alcool et d'autres drogues ;

D'assurer la promotion du PAIMM auprès des soins primaires, des hôpitaux et des professionnels de la santé en vue d'accroître le recours au programme.

Le PAIMM est un programme complet qui offre au médecin malade différents services : assistance sanitaire et sociale, support légal et assistance en matière de travail.

La philosophie du PAIMM est basée sur le Code de Déontologie Catalan.

Article 101 - Le médecin conscient d'être malade, de pouvoir transmettre une maladie et qui constate des difficultés pour exercer de façon pleinement efficace sa profession, doit consulter un ou plusieurs collègues pour qu'ils apprécient sa capacité professionnelle et suive les indications données.

Article 102 - Le médecin informé de l'état de santé précaire d'un confrère, doit lui recommander (avec discrétion) de consulter. Ce médecin a également le devoir de communiquer cette information à l'Ordre de Médecins. La sécurité des patients doit toujours être la priorité.

La philosophie du programme peut être résumée en 4 caractéristiques[28] :

Préventive

Non punitive (sauf si nécessaire)

Orientée sur l'accès volontaire

Stimulant la réadaptation et le retour au travail

Population concernée

Tous les médecins membres d'Ordres officiels et actifs, qui ne sont pas en situation d'invalidité ou retraités, ont le droit de recevoir l'assistance du PAIMM. Le Programme a été créé pour que les médecins présentant des problèmes psychiques et/ou de dépendance puissent reprendre un jour leur activité professionnelle dans les meilleures conditions pour eux et avec la plus haute garantie pour leurs patients.

Malgré la limitation initiale du programme à la Catalogne, les nombreuses demandes en provenance d'autres Communautés Autonomes a nécessité des accords entre la Fondation Galatea et d'autres Ordres Officiels de Médecins.

Le PAIMM a collaboré à la création du Programa RETORN, un service similaire proposé par l'Ordre Officiel des Infirmières de Barcelone à ses membres. D'autres extensions du PAIMM à l'égard d'autres groupes professionnels comme les odontologues et pharmaciens sont à l'étude.

De plus, le PAIMM souhaite étendre la couverture de son programme au Portugal, au sud de la France et à certaines régions d'Italie en vue de couvrir 150 000 – 200 000 médecins, nombre minimal requis pour rendre cette initiative envisageable[29].

Structure d'appui

L'assistance se réalise dans l'Unité Clinique du PAIMM, au sein d'une clinique privée de Barcelone. La localisation du centre ne se communique aux patients qu'au moment d'initier le traitement. De même, pour garantir la pleine confidentialité du patient, son identification se fait à travers d'un faux nom.

L'Unité Clinique occupe une zone d'usage exclusif pour le PAIMM et s'organise en divers domaines : Hospitalisation, hôpital de jour et traitements ambulatoires. La zone d'hospitalisation est équipée afin que le séjour soit le plus agréable et le plus détendu possible. Elle comprend 22 chambres individuelles (avec toilettes, télévision, magnétoscope et un bureau), une salle à manger, une salle de séjour équipée de musique, télévision, revues et presse, ainsi qu'une salle de travail équipée d'ordinateurs connectés à Internet. Les patients peuvent accéder aux autres services du centre, tels que le gymnase équipé de machines de fitness (service gratuit), services de coiffure, podologie et massages (services payants)[30].

L'équipe d'assistance, dirigée par trois psychiatres est formée de 7 psychiatres, 1 consultant en médecine interne, 4 psychologues, 1 infirmière de coordination et 4 infirmières diplômées.

Toutefois, la prise en charge ambulatoire, mode de suivi préféré des médecins malades, reste plus accessible. 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. Les ordres médicaux des régions de Cordoue, Cadix, des Iles Baléares et de Navarre développent à leur tour des PAIMMs sur leur territoire. De cette façon, ils seront à leur tour aptes à développer les mêmes dispositifs d'assistance et mettre en œuvre des services ambulatoires spécialisés selon les mêmes règles de confidentialité.

Financement

Le PAIMM est un programme gratuit pour les médecins de Catalogne et pour les médecins qui appartiennent à des Ordres professionnels, Communautés Autonomes, ou autres institutions qui se chargent des frais de leurs traitements et avec lesquels le PAIMM a établi des accords de collaboration. Le PAIMM est financé par le Département de la Santé de Catalogne à hauteur de US$ 450 000 par année et par les 4 associations médicales de Catalogne à hauteur de US$ 72 000 par année[31]. L'ordre des Médecins de Catalogne offre aussi une compensation financière et une formation continue supervisée par un tuteur, au médecin malade, durant la durée de son incapacité de travail. De plus, dans les cas des médecins fortement stigmatisés par leur état psychologique et leur dépendance auprès de leurs collègues et/ou de leurs patients, le département de la santé recherche avec eux de nouvelles opportunités d'emploi dans un autre centre de santé.

La Generalitat de Catalogne a participé à l'initiation, au développement et au financement du PAIMM en Catalogne. Depuis, d'autres gouvernements régionaux (par exemple les Iles Baléares, Madrid, Valence et la Navarre) ont décidé d'apporter leur soutien financier aux Ordres des médecins respectifs pour atteindre les mêmes objectifs[31]. Des donateurs contribuent également au financement du programme (par exemple, Laboratoires Almirall, Glaxo-Smith-Kline, Merck-Sharp-Dohme)[30].

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Trois modalités d'accès au programme sont envisagées[31] :

Le médecin malade fait appel lui-même, de sa propre initiative ou conseillé par un confrère, au programme d'assistance

Un médecin, ayant pris connaissance, chez un confrère, d'un problème de santé comportant un risque de mauvaise pratique a le devoir déontologique d'informer le secrétaire de l'Ordre des Médecins en question, en remettant un rapport confidentiel. Il agira de cette manière si le médecin malade refuse de s'adresser à un service d'assistance spécialisé ; d'autres personnes peuvent référer le médecin au PAIMM (supérieur, amis, membres de la famille, représentants de l'autorité publique,…)

Un rapport comportant des plaintes ou poursuites judiciaires entreprises par des patients qui font état d'une négligence médicale potentielle est déposé auprès de l'Ordre des Médecins.

Bien que le programme ne soit pas conçu pour punir les médecins, l'Ordre des Médecins se réserve le droit d'appliquer des mesures coercitives telles que la suspension d'autorisation de pratiquer, particulièrement si des plaintes directes ou des rapports confidentiels liés à l'addiction du médecin aux drogues lui parviennent, et ce jusqu'à ce que l'addiction soit traitée.

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Le médecin malade prend l'initiative, de son propre chef ou non, de composer un numéro unique d'appel 902 362 492. Un médecin spécialisé de l'équipe d'assistance prend en charge le patient de façon confidentielle. Il lui demande d'abord de communiquer son vrai nom afin de confirmer que le patient est réellement un médecin inscrit à un Ordre officiel. Une fois dirigé vers la phase d'assistance, le médecin malade se verra attribuer un faux nom en vue de respecter l'anonymat du demandeur.

Sur base de ce premier contact, le médecin spécialisé rédigera un rapport psychologique utilisant les classifications DSM-IV et ICD-10. Si le rapport confirme une addiction ou un trouble mental, il informera le coordinateur du programme du diagnostic posé, du niveau de déficience, des répercussions sur le travail, du pronostic du traitement et d'une possible réhabilitation. Le coordinateur informe le médecin malade du plan de traitement envisagé et de toute restriction de sa pratique médicale.

Pendant la première visite, le médecin malade signe le formulaire d'acceptation d'entrée au programme (Contrat thérapeutique), à travers lequel il accepte de suivre les indications de son thérapeute (choix du traitement, suspension de consommation d'alcool et de drogues, soumission à des mesures de contrôles potentielles) et selon lequel le PAIMM s'engage à offrir l'assistance et les services nécessaires pour obtenir une bonne récupération. Le contrat spécifie la durée du traitement, les limitations de pratique selon le lieu de traitement et la possibilité de retrait de son autorisation de pratiquer. Ce contrat thérapeutique n'a pas de validité légale mais il reste un compromis moral entre les deux parties.

Toutefois, si le médecin malade ne respecte pas son contrat thérapeutique (absences aux rendez-vous fixés, non observation des prescriptions thérapeutiques,…), le médecin thérapeute doit informer le Secrétaire de l'Ordre de Médecins et renoncer à traiter le médecin malade.

Le PAIMM met à disposition des médecins thérapeutes de médecins malades, les différents services spécialisés dont dispose le programme (hospitalisation, hôpital de jour, psychothérapies...) pour qu'ils puissent les utiliser comme complément de son propre plan thérapeutique.

Le traitement en hospitalisation comporte un examen physique et psychiatrique, des tests diagnostiques complémentaires (ECG, tests sanguins de routine, RX,…) une évaluation psychométrique (incluant l'évaluation du burnout), des soins infirmiers, une thérapie individuelle/de groupe, une formation aux aptitudes sociales, un programme psycho-éducatif pour la prévention au stress, un programme intensif visant les addictions un programme de fitness. Pendant les premières 48 heures, temps variable en fonction de la pathologie et l'état du patient, l'utilisation du portable par le patient sera restreint tout comme la cabine téléphonique de la salle et les visites des proches. La durée d'hospitalisation est d'environ 15 à 20 jours pour des désintoxications sans complications ou plus pour des états plus complexes. L'Ordre des Médecins autorise les médecins qui suivent une prise en charge (en milieu hospitalier ou en mode ambulatoire) à justifier cette absence pour 'formation complémentaire' ou 'participation à des conférences professionnelles'.

En règle générale, les médecins peuvent retourner au travail après 15-20 jours de traitement et respect d'un comportement abstinent, pour les cas récents, et après 30-40 jours pour les cas chroniques. Il est ensuite prévu de contrôler les progrès réalisés, et si nécessaire de faciliter la formation des médecins chez qui une réorientation professionnelle est souhaitable. Dans certains cas, un changement de lieu d'exercice est proposé, en fonction du climat de travail du lieu d'exercice original[29].

La prise en charge ambulatoire comprend une évaluation psychiatrique et psychométrique (incluant l'évaluation du burnout), une psychothérapie individuelle, un suivi psychiatrique, une thérapie de groupe pour la gestion des addictions, un suivi de dépistage urinaire et une surveillance sur le lieu du travail (contrats de suivi).

Supervision du programme

La Commission d'aide au médecin malade, composée de 16 médecins indépendants, a pour but de contribuer à ce que les procédures collégiales et d'assistance fonctionnent le plus correctement possible. Cette commission se réunit deux fois par an pour réviser et approuver les protocoles de fonctionnement du programme. N'importe quelle personne peut s'adresser à ces professionnels pour demander de l'aide ou pour se plaindre des procédures suivies dans un cas précis, tout comme pour demander une information indépendante au sujet du programme.

Evaluation

Au terme d'une année de fonctionnement, un rapport a été établi sur l'efficacité du programme. Il souligne que de 1999 à juin 2000, 179 dossiers ont été considérés et 170 médecins malades ont été pris en charge par le PAIMM ; selon les résultats préliminaires, parmi les 72 médecins traités, 98% étaient stables ou abstinents au cours des 7 premiers mois post-traitement. Le taux de réadaptation s'élevait à 80% deux ans plus tard.

Au 30 septembre 2008, 1 375 médecins malades ont été pris en charge par le PAIMM, dont 77,7% étaient d'origine catalane. Plus de 93% des requérants ont fait appel sur base volontaire. Parmi eux, 696 médecins ont été admis en unité clinique, dont 401 en Catalogne, 291 dans d'autres régions de l'Espagne et 4 en Europe. Parmi les médecins qui font appel au programme, les généralistes et les psychiatres sont les plus nombreux (respectivement 41% et 11%). Les problèmes les plus fréquemment traités sont les troubles mentaux, l'alcoolisme et les addictions aux drogues (opiacés, benzodiazépines, amphétamines). Les médecins âgés de 35 à 55 ans représentaient 71% des cas et les hommes, 81%. Sur les cas pris en charge, 33% ont requis une hospitalisation et 66% ont été pris en charge en ambulatoire.

Les médecins restent en moyenne dans le programme de prise en charge pour une durée de 2 ans et 9 mois. Parmi eux, 79.5% poursuivent leur pratique médicale au cours du traitement ou reprennent leur activité à la fin de la prise en charge ; 7.6% des médecins sont incapables de reprendre leur activité antérieure en raison de leur état de santé ; 4.4% ont pris leur retraite en cours de suivi et 5% étaient sans emploi. Tous les patients qui ont signé un contrat thérapeutique sont retournés au travail [32]. Environ 22% des patients nécessitent une réadmission en milieu hospitalier après leur première prise en charge[28].

Difficultés rencontrées

Les principales difficultés rencontrées dans l'application du programme sont liées aux ressentis et craintes des médecins malades :

Peur d'être reconnu comme médecin ayant échoué ;

Peur de la stigmatisation ;

Peur de perdre sa crédibilité auprès des collègues et des patients ;

Fort sentiment d'auto-contrôle et d'auto-traitement ;

Manque de confidentialité des services publiques ;

Dissimulation des problèmes aux collègues et aux proches ;

Inadéquation des hôpitaux psychiatriques publiques ;

Difficultés financières en lien avec les traitements privés ;

Crainte de perdre son emploi ;

Crainte de perdre l'autorisation de pratiquer la médecine.

Facteurs de succès

Les facteurs suivants ont été cités :

Confidentialité ;

Organisation de programmes séparés et spécifiques pour les médecins ;

Promotion de la participation active des associations médicales dans le suivi de l'exercice des médecins malades ;

Utilisation du contrat thérapeutique comme accord entre le médecin malade, le médecin responsable du traitement et l'association médicale ;

Obtention de budgets publics pour le financement du programme ;

Délivrance de traitements spécialisés et spécifiques aux médecins malades (soins ambulatoires intenses et fréquents, contrôles périodiques et fréquents, et si nécessaire, hospitalisation).

Acceptation du programme par les syndicats professionnels.

4.1.3 Suisse

4.1.3.1 Prise en charge des medecins en souffrance

Constat initial

De nombreux médecins éprouvent de la difficulté à endosser le rôle du patient et sont peu habitués à demander de l'aide. Ils tendent à soigner eux-mêmes lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes professionnels et personnels[33]. La peur de la dépendance et la perte de statut qui en résulte peuvent également constituer un obstacle. Les interventions psychiatriques sont vécues comme particulièrement stigmatisantes[34].

Dispositif mis en place

ReMed est un réseau de soutien pour médecins qui a pour objectifs d'assister et de soutenir les médecins en situation de crise, et de garantir à la population des soins médicaux de haute qualité. Ce projet vise à engager une réflexion sur les risques professionnels et sur les possibilités existantes en matière de promotion de la santé et de prévention. ReMed est l'abréviation du terme latin Rete Medicorum (réseau des médecins)[34].

Le projet ReMed vise à minimiser les risques liés à la profession médicale et à augmenter la sécurité des patients par la promotion de la santé.

Les objectifs de ReMed sont subdivisés en trois groupes[35]:

Objectif directeur:

Garantir des soins médicaux sûrs et de qualité élevée pour la population.

Objectif intermédiaire:

Maintenir la capacité fonctionnelle des médecins et minimiser les risques liés à la profession médicale.

Objectifs détaillés:

Informer les médecins et leurs partenaires de l'offre de ReMed.

Donner aux médecins des informations sur la prévention et la promotion de la santé.

Engager les médecins à prendre conscience des risques liés à l'exercice de leur profession et à prendre eux-mêmes des mesures pour maintenir leur capacité fonctionnelle.

Inciter les médecins à prendre contact avec ReMed lors de situations de stress.

Offrir, sur demande, une assistance ciblée aux médecins et les mettre en contact avec des offres existantes.

Inviter des organisations partenaires à travailler avec ReMed.

Elaborer d'un commun accord des mesures visant une réintégration réussie.

ReMed propose une aide aux médecins, les assiste dans la recherche d'une solution et met à leur disposition des informations sur internet. Les médecins confrontés à des situations de stress ou à des difficultés peuvent recourir aux services proposés par ReMed sous la forme d'une écoute et d'un soutien. Adapté à leurs besoins individuels, ReMed leur garantit d'être traités en tant que patients et de bénéficier des mêmes droits, notamment celui du secret médical. L'offre de ReMed comporte quatre éléments:

Dissémination des connaissances et des expériences relatives à la prévention et au support

Mentorat – Sensibilisation

Coaching – Accompagnement

Evaluation – Intervention

Au cours d'une première phase (2007-2009), ReMed est introduit dans deux cantons pilotes, à savoir Thurgovie et Neuchâtel[34]. Dès 2010/2011, cette offre devrait être à disposition dans toute la Suisse.

La philosophie de ReMed repose sur la responsabilité personnelle du médecin. Dans la Charte internationale du professionnalisme médical (Physicians Charter), les médecins s'engagent entre autres à se respecter mutuellement, à participer à un processus d'auto-contrôle et à soutenir les médecins qui ne satisfont plus aux exigences professionnelles. Cet engagement prévoit aussi la participation à des évaluations internes et à des contrôles externes des prestations de soins fournies[34].

Le projet ReMed se fonde sur les «Lignes directrices pour la qualité de la médecine», un document qui exprime la détermination du corps médical d'attester et de vérifier lui-même sa capacité à fournir des prestations de qualité, et sa volonté claire de mettre sur pied des mesures de soutien et des évaluations. Un autre principe fondant cette charte est que la qualité des prestations médicales se négocie avec ses coproducteurs (patients, collègues, assureurs, etc.)[36].

Population concernée

Le projet ReMed s'adresse en premier lieu aux médecins affiliés à la FMH, se trouvant dans des situations de stress qui peuvent mettre en péril la qualité des soins: l'épuisement professionnel (code ICDM-10 Z73.0), les problèmes psychiques (dépression, traumatismes secondaires, risque de suicide), les problèmes de dépendance (médicaments, alcool), les abus sexuels, mais également le manque de compétences professionnelles ou sociales[36].

Structure d'appui

Le projet ReMed est organisé de façon décentralisée, sur base régionale, tenant compte des ressources régionales et personnelles. Pour chaque étape de la prise en charge, ReMed propose l'aide de professionnels exerçant dans la région. Les offres de soutien sont coordonnées sur le plan national et mises en œuvre au niveau régional.

Financement

L'ensemble des coûts administratifs de ReMed est couvert par l'Association Médicale Suisse (FMH). Le budget envisagé pour les années futures évolue progressivement de 161 000 à 171 000 francs suisses entre 2011 et 2015 (incluant une évaluation planifiée en 2014). Tous les coûts complémentaires engrangés par l'élargissement du programme seront couverts par les partenaires du réseau. Les coûts envisagés pour les différents types de soutien sont évalués à 3 000 francs suisses pour le mentoring, 8 000 francs suisses pour le coaching et 30 000 francs suisses pour l'évaluation, et ce, par cas pris en charge. Dans le cas d'une évaluation complète, le médecin qui fait appel à ReMed contribuera à couvrir les coûts à hauteur de 8% de ses revenus annuels après taxation[37].

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Les personnes concernées peuvent demander un mentorat de leur propre initiative lorsque leur activité est entravée par un épuisement émotionnel, un manque de satisfaction, une dépersonnalisation ou une situation de crise. ReMed, de son côté, approchera les médecins dont le dysfonctionnement aura été remarqué par leurs proches, des collègues, des patients, des médecins d'assurances ou des offices de médiation et les engagera, le cas échéant, à suivre un coaching[36].

En présence d'indications fondées quant à l'existence de déficits, un programme d'assistance et de développement fixant des objectifs clairs sera élaboré de concert avec le médecin.

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Les médecins à la recherche d'un conseil peuvent établir un contact personnel avec ReMed par la ligne d'assistance 0800-0-REMED (0800-073-633), par la personne de contact cantonale ou nationale, par courriel (info@swiss-remed.ch) ou par internet (www.swiss-remed.ch). Toutes les mesures sont prises dans le respect des dispositions régissant la protection des données et le secret médical (art. 321 du Code pénal). Suite à la prise de contact, ReMed rappelle dans les 72 heures le médecin en situation difficile et discute avec lui de la situation et des mesures à prendre. Le recours à des professionnels est gage d'un conseil optimal en fonction des circonstances individuelles.

Mentorat – Responsabilisation

La première étape, qui consiste en un entretien sans engagement, est souvent suffisante. Le mentorat est l'offre la plus restreinte. Il appartient au médecin concerné de prendre l'initiative. Selon les besoins, ReMed lui indique des collègues disposant des compétences appropriées pour des conseils complémentaires. Toutes les demandes et démarches accompagnatrices sont strictement confidentielles et aucun contrôle externe n'est effectué quant aux objectifs[38].

Les proches sont si possible impliqués car ils sont souvent d'une grande aide dans la mise en œuvre optimale d'un plan de traitement.

Coaching - Accompagnement

Le conseil et le coaching sont offerts sur le plan régional et intégrés dans les offres de soutien, de formation continue et de discussion déjà en place (cercles de qualité, entre autres). ReMed soutient et conseille les médecins qui risquent de ne plus satisfaire aux exigences qualitatives de leur profession. Les structures locales peuvent, si le médecin concerné le désire, organiser une intervention ou l'offrir elles-mêmes. ReMed propose aussi des offres suprarégionales aux médecins qui désirent un conseil indépendant des structures régionales.

En général, l'initiative est prise par ReMed, qui conclut avec le médecin concerné une convention prévoyant un contrôle externe des objectifs[38].

Evaluation - Intervention

S'il existe des doutes justifiés quant à la capacité fonctionnelle d'un médecin, une évaluation peut être mandatée (p.ex. par une autorité cantonale). Les médecins passibles de sanctions se trouvent dans une situation de crise car, en règle générale, leur autorisation de pratiquer leur est retirée ou des restrictions sont prononcées.

Si une seconde chance est donnée à ces médecins et que ceux-ci le souhaitent, ReMed est disposé, après évaluation du cas, à les accompagner et à informer l'instance mandataire de la réussite ou de l'échec de la démarche. ReMed fixe des objectifs individuels avec les médecins concernés, les soutient et les conseille jusqu'à ce qu'ils puissent à nouveau satisfaire aux exigences qualitatives. Ce soutien peut porter sur tous les aspects de la fonction médicale (contexte de travail, santé, comportement et compétences). ReMed les réfère en outre à des spécialistes appropriés pour les interventions nécessaires. Des exigences minimales sont formulées, lesquelles font l'objet d'une vérification externe une fois l'évaluation terminée[38].

Si aucune collaboration n'est possible entre le médecin concerné et les personnes proposées pour offrir une assistance, ReMed interrompt les démarches et justifie l'arrêt de la prise en charge auprès des services cantonaux pouvant prononcer des sanctions.

ReMed n'est pas un organe de surveillance et n'a pas de compétences d'investigation ni de sanction. Lorsque la capacité fonctionnelle du médecin est fortement limitée et que la sécurité des patients est compromise, une annonce est faite à l'autorité cantonale de surveillance selon l'art. 41 LPMéd.

Contrôle des résultats

Lorsque des objectifs ont été conclus entre la personne concernée et son accompagnant dans le cadre d'une évaluation – et quelquefois aussi d'un coaching -, un organe indépendant de ReMed contrôle les résultats à la fin de l'intervention. ReMed est tenu de rendre des comptes à son donneur d'ordre (en général une autorité cantonale).

Supervision du programme

Le projet pilote est placé sous la responsabilité de la FMH (Fédération des médecins suisses). Il fait l'objet d'une évaluation continue.

Le Comité de direction est chargé de la direction stratégique et opérationnelle du projet. La direction nationale de ReMed, qui est l'organe de contact, s'occupe de la mise en réseau, du recrutement et de la formation de mentors et de coachs. Les directions cantonales de ReMed offrent le soutien nécessaire au niveau de la région. Les Comités des sociétés cantonales de médecine sont représentés au sein des directions cantonales de ReMed. Un organe de conseil, formé de représentants de toutes les organisations importantes de médecins et de patients, sera institué durant la phase pilote du projet[37].

Evaluation

Au cours de la première année (du 1. 10. 2007 au 30. 10. 2008), 21 personnes se sont adressées à ReMed, dont quatre femmes. L'âge moyen était de 54 ans. Dans quatre cas, il s'agissait d'informations générales qui ont pu être communiquées par téléphone. Dix-sept cas ont abouti à une consultation. L'épuisement professionnel était le motif le plus généralement invoqué pour la prise de contact[39]. Le pourcentage de médecins qui ont été informés de l'existence du programme dans les deux cantons pilotes doit encore être évalué.

Difficultés rencontrées

La législation cantonale peut obliger ReMed (comme tout médecin) à dénoncer les cas (par ex. les délits) aux autorités. Cela représente une contradiction insurmontable avec l'objectif de ReMed d'instaurer une relation de confiance et d'apporter un soutien au médecin. Dans des cas difficiles, le bureau ReMed peut demander conseil au groupe de consultants ReMed, qui comprend des juristes.

En pratique, il est difficile de sensibiliser les médecins à l'intérêt du programme ReMed en raison de leurs nombreuses priorités. Alors que l'organisation du programme au niveau national a semblé évidente, l'implication des associations médicales régionales (cantonales) n'est pas si simple, en raison du manque d'intérêt porté à la problématique des médecins en difficulté[40].

Des questions restent encore posées :

ReMed repose sur des consultations entre collègues, ce qui implique un risque de levée de l'anonymat, pourtant garanti par le programme.

Comment les standards de qualité interne du programme seront évalués ?

ReMed est-il vraiment apte à apporter une aide, étant reconnu que certains cas personnels sont vraiment complexes et susceptibles de consommer beaucoup de ressources ?

Facteurs de succès

Préparation à la mise en place du programme

L'intégration dans le projet des offres et des structures régionales existantes (sociétés cantonales de médecine, sociétés de discipline médicale, réseaux, cercles de qualité, offices de médiations,…) était considérée comme particulièrement importante pour sa réussite. Avant la conceptualisation du projet ReMed, un contact existait déjà avec la SSMG, par exemple, pour la mise sur pied d'un mentorat, et avec la «HOPLine » pour la problématique des abus sexuels.

Le projet a envisagé une séparation stricte entre accompagnement et évaluation. ReMed comporte deux volets séparés: une offre de soutien d'une part, et une instance chargée d'apprécier le résultat des interventions d'autre part[41].

Avant la mise sur pied du projet, l'Institut de psychologie de l'Université de Zurich a procédé à une étude de faisabilité afin de définir dans quels domaines des offres étaient déjà disponibles, de recenser les souhaits et les attentes des coproducteurs vis-à-vis d'un tel programme et d'estimer les chances de réalisation du projet ReMed[41]. L'étude de faisabilité a duré de mai 2006 à février 2007. Au cours de cette période, 19 420 courriels ont été envoyés ; un taux de réponse de 34% a été enregistré. L'étude de faisabilité a conclu à la nécessité d'offrir un soutien et une assistance aux médecins qui souffrent d'une situation professionnelle et personnelle difficile, tel que niveau de stress élevé ou épuisement professionnel. Des programmes de grande envergure et bien coordonnés n'existaient pas à ce moment en Suisse, même s'il existait des ébauches de solutions visant des structures de ce type. Les participants à l'étude de faisabilité témoignent de l'efficacité des groupes Balint, des supervisions et des offres psychothérapeutiques, mais reprochent qu'ils ne soient pas spécifiquement destinés aux médecins. Ils souhaiteraient qu'une offre soit disponible dans leur région et 24h/24h[41].

Suite à la phase de conception, une phase pilote a été implémentée avant la mise en place du programme. La phase pilote s'est étendue d'avril 2007 à septembre 2009 dans les cantons de Thurgovie et de Neufchâtel. Au cours de la phase pilote, les médecins qui cherchent de l'aide peuvent s'adresser à la personne de contact ReMed ou à une personne de confiance. Ces personnes sont des médecins de la région avec lesquels ils font, au cours d'un premier entretien, le constat de leur situation et définissent la démarche à adopter. Si nécessaire, la personne de confiance indique des collègues aptes à offrir un soutien approprié (mentorat ou coaching). Les offres sont adaptées aux besoins individuels et les médecins concernés ont le libre choix du spécialiste et du sexe de leur interlocuteur[34].

Pour passer de la phase pilote à la phase d'implémentation sur l'ensemble du territoire suisse, deux séminaires ont été organisés avec les médecins ReMed au printemps 2009 (l'un en français, l'autre en allemand).

4.1.4 Norvege

4.1.4.1 Introduction

De nombreuses études menées au sein de grands échantillons de médecins norvégiens ont démontré que les médecins rapportaient de faibles niveaux de satisfaction professionnelle, souffraient d'épuisement émotionnel et présentaient des taux élevés de plaintes liées à leur état de santé, tout en faisant peu appel à des services médicaux, diagnostiques et thérapeutiques[42]. Plusieurs initiatives ont été prises pour modifier cette situation.

4.1.4.2 Prise en charge des medecins en souffrance

Un programme de consultance et de soutien lié au centre de soins Villa Sana est implémenté en 1998. C'est le programme qui sera décrit et analysé pour la Norvège.

Dispositif mis en place

En 1998, l'Association Médicale Norvégienne (NMA) a mis au point un programme de consultance à court-terme pour les médecins, appelé Villa Sana. Les objectifs visés par ce programme sont d'améliorer la santé et la qualité de vie des médecins, de renforcer l'identité et la conscience professionnelle et de prévenir l'épuisement professionnel[43]. Le programme est défini comme étant préventif et n'apporte pas d'intervention clinique. Aussi, aucun dossier médical n'est constitué.

Les interventions sont basées sur une approche intégrée faisant appel aux théories psycho-dynamiques, cognitives et motivationnelles[44].

Population concernée

Les candidats sont des médecins, quelle que soit leur spécialité (médecine générale, médecine spécialisée, chirurgie, psychiatrie, santé publique et médecine de laboratoire).

Au vu des résultats positifs obtenus pour les médecins, l'Association Norvégienne des Infirmières a également signé une convention avec le centre en 2001. Les infirmières peuvent donc bénéficier du programme au même titre que les médecins[45].

Structure d'appui

Villa Sana est hébergée dans une clinique privée (Modum Bad), à une centaine de kilomètres d'Oslo. Il s'agit d'une maison neuve, conçue spécifiquement pour répondre aux besoins du programme et offrant toutes les facilités aux participants (cuisine, salons, bibliothèque, chambres avec bains) dans un cadre agréable.

Financement

L'association Médicale Norvégienne couvre toutes les dépenses, incluant les coûts des trajets, permettant aux médecins de toutes les régions de Norvège de recourir à Villa Sana. Pour les infirmières, l'Association Norvégienne des Infirmières couvre l'ensemble des dépenses.

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

L'idée du programme est d'assurer un accès aisé, réduisant au minimum les contraintes liées aux procédures de prise de contact, offrant des disponibilités de rencontre importantes et ayant peu de restrictions quant aux raisons d'appel.

Les médecins peuvent contacter directement Villa Sana par téléphone, par courrier ou par e-mail en vue d'un rendez-vous, sans être référés par un professionnel. Tous les candidats sont acceptés, sauf lorsque les conditions médicales du requérant nécessitent un traitement médical immédiat (par exemple, risque de suicide ou crise psychotique).

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Le programme offre deux types d'intervention pour les médecins ou les médecins et leurs partenaires, qui ressentent le besoin de s'exprimer et de réfléchir à leur situation, soit professionnelle, soit privée, soit les deux[43] :

La première intervention consiste en une journée d'assistance avec un seul conseiller si le médecin consulte seul, ou deux conseillers si le médecin est accompagné de son conjoint (ou partenaire). La session dure 6-7 heures en présence d'un psychiatre ou d'un spécialiste en médecine du travail. Le médecin est invité à décrire sa situation et à détailler les facteurs contextuels, liés au travail ou non. Le conseiller identifie les sources d'identité, d'estime de soi, et de confiance en soi et analyse les stratégies de gestion du stress (coping) en vue d'analyser la situation évoquée et de suggérer des pistes pour la prendre en charge (par exemple entreprendre un traitement médical incluant la psychothérapie).

La deuxième intervention consiste en un programme, comportant un séjour de 5 jours, pour des groupes de 8 participants individuels ou quatre couples. Le programme inclut des conférences quotidiennes, des groupes de discussion et de l'activité physique. Une session d'assistance individuelle est proposée durant la semaine. Les thèmes des conférences sont orientés sur : possibilités et contraintes dans la vie professionnelle, ressources individuelles et personnalité, concepts d'identité, de relations familiales, de communication, de travail en équipe et de prévention de l'épuisement professionnel. A la suite d'une conférence d'une durée de 90 minutes, des discussions de groupe sont basées sur les expériences personnelles des participants (90 minutes). Les participants peuvent ensuite entreprendre une activité physique (75 à 360 minutes) et une séance de conseil individuelle (60 minutes) au cours de la semaine.

Evaluation

Une évaluation du programme a été réalisée par le biais d'une étude scientifique avec un suivi à 1 an[43, 44] et un suivi à 3 ans[46]. Une enquête a été conduite sur les médecins qui ont eu recours au centre Villa Sana entre août 2003 et juillet 2005. Parmi eux, 227 ont accepté de participer à l'étude, soit 94% des médecins concernés. Les données de ces médecins ont été comparées à celles d'une cohorte d'étudiants en médecine, suivis depuis la fin de leur formation (1993) tout au long de leur internat (2003) (n=6 602) et à la population médicale norvégienne des années 2004/2005 (n=17 500 ; données provenant de l'Association Médicale Norvégienne). Parmi les 227 participants, 185 ont été suivis après 1 an (81.5%) et 169 ont été suivis sur une période de 3 ans (74.4%).

L'échantillon Villa Sana comptait 117 femmes (52%) et 110 hommes et une proportion significativement plus importante de médecins généralistes que d'autres spécialités. L'âge moyen des médecins était de 46,9 ans. Parmi les candidats, 45% se sont présentés de leur propre initiative, 37% ont été orientés par un collègue et 6% sont venus à la demande de leur partenaire. Les raisons invoquées étaient par ordre d'importance : problèmes de santé et de qualité de vie (68%), épuisement professionnel (61%), relations privées (56%), conditions professionnelles (44%) et identité professionnelle (28%). Au moment de l'appel à Villa Sana, 41% des médecins étaient en congé maladie ; 39% avaient un contact avec un médecin généraliste et 20% suivaient une thérapie avec un psychiatre ou un psychologue. La comparaison des médecins ayant recours à Villa Sana et de la population générale des médecins norvégiens indique que ceux qui ont fait appel au programme d'aide présentaient un niveau de stress, d'épuisement émotionnel, de dépression, d'anxiété et de pensées suicidaires significativement supérieur à la population médicale générale (mesurées par des échelles validées telles que le MBI)[43]. Parmi les 227 médecins participants, 82% ont suivi le programme d'une journée et 18% le programme d'une semaine ; 185 médecins (81%) ont participé à l'enquête 1 an après l'entrée dans le programme d'aide. Un an après l'intervention, les indicateurs d'épuisement ont significativement diminué : le niveau moyen d'épuisement émotionnel est passé de 3.00 (ET=0.94) à 2.53 (ET=0.76) ($t=6.76$; $p<0.001$), niveau similaire à celui obtenu dans l'échantillon représentatif des médecins norvégiens. Les participants ont réduit leur temps de travail de 1.6 heure/semaine (ET=11.4). Une réduction importante de médecins en arrêt de travail pour maladie a été constatée 1 an après l'entrée dans le programme : de 35% (63/182) à 6% (10/182) lors du suivi. Cette réduction se marque parallèlement à une augmentation du nombre de médecins qui ont entrepris une psychothérapie, de 20% (36/182) à 53% (97/182)[44].

La réduction substantielle des niveaux d'épuisement émotionnel et de stress professionnel obtenue 1 an après l'intervention se maintient 3 ans après l'intervention[46]. Le nombre de semaines d'incapacité de travail (durant l'année précédente) a significativement diminué entre l'évaluation avant intervention (4,4 semaines ; ET 7,9) et le suivi après 3 ans (3,2 semaines ; ET 9,8) ($p=0,002$). Les médecins ont réduit le nombre d'heures de travail de 43,2 heures/semaine (ET 8,5) avant l'intervention à 39,6 heures/semaine (ET 11,2), 3 ans après l'intervention ($p<0,001$). Toutefois, les 43 médecins qui ont interrompu leur suivi avant 3 ans (19%) avaient des niveaux de base significativement supérieurs pour l'épuisement émotionnel (3,33 ET 0,88 vs. 3,01 ET 0,94, $p=0,04$), le stress professionnel (2,65 ET 0,74 vs. 2,39 ET 0,72, $p=0,3$) et l'adoption de stratégies de gestion émotionnelle (3,25 ET 0,63 vs. 2,90 ET 0,76, $p=0,006$). Bien qu'aucune intervention additionnelle ne soit au prévue au programme, certains médecins ont choisi derechef de bénéficier d'une seconde session au centre Villa Sana (dans les 6 mois de la première session), d'entreprendre une psychothérapie ou d'appliquer une stratégie de réduction du stress, en diminuant leur nombre d'heures de travail[46].

Une évaluation du succès du programme pour les infirmières a été rapportée sur un échantillon de 172 participants, 1 an après avoir suivi le programme de prise en charge de Villa Sana entre août 2004 et juillet 2006[45]. Une réduction significative du burnout a été rapportée, de 2,87 (ET 0,79) avant la prise en charge à 2,52 (ET 0,78) 1 an après. De même, la proportion d'infirmières en burnout est passée de 40% (IC 95% 33-48) à 26% (IC 95% 19-33). Toutefois, la proportion de personnes en incapacité de travail pour maladie et la proportion d'infirmières sous antidépresseurs n'ont pas significativement changé après le suivi du programme.

Facteurs de succès

Préparation à la mise en place du programme

Le programme a été présenté dans le Journal Médical Norvégien et est rappelé deux fois par an dans le même journal. Des liens internet relient Villa Sana aux pages web de l'Association Médicale Norvégienne et du Modum Bad (centre psychiatrique hospitalier). Les membres de l'équipe de Villa Sana sont également régulièrement invités à des conférences médicales afin de donner des informations relatives à ce programme.

4.1.4.3 Autres moyens disponibles

Le programme « collègues aidants » est établi dans les 19 comtés du pays. Il s'agit de l'infrastructure la moins élaborée, selon laquelle des médecins prennent l'initiative d'aider leurs collègues en crise ou présentant des problèmes. Ce soutien n'est pas financé par le Service de Santé national mais est implémenté par les associations médicales locales[42].

Le programme « Doctors for doctors » incluant des médecins généralistes spécifiquement formés pour la prise en charge de leurs confrères, est établi dans tous les comtés du pays. Ce programme est supporté par des généralistes sélectionnés et formés pour soigner des collègues malades et leur proposer les services médicaux ordinaires. Le traitement est remboursé par le système national d'assurance maladie. Ce schéma n'inclut pas des spécialistes, tels que des psychiatres pour médecins[42]. Une enquête par e-mail a révélé que des psychiatres formés pour aider les médecins en difficulté n'étaient disponibles que dans 11 comtés (58%)[42]. En 2006, une enquête a été conduite auprès d'un échantillon de médecins, rapportant que 2/3 des médecins connaissaient ces schémas de support mais que 11% d'entre eux seulement avaient eu recours au programme « doctors for doctors »[42].

4.1.5 Australie

4.1.5.1 Prise en charge des medecins en souffrance

Afin d'encourager les médecins à recourir rapidement à des services de santé, la Commission médicale des praticiens en médecine de Victoria (the Medical Practitioners Board of Victoria) et l'Association des médecins australiens de Victoria (the Australian Medical Association Victoria) ont mis sur pied un programme spécialisé en santé pour les médecins et les étudiants en médecine : le Programme de Santé pour les Médecins de Victoria (the Victorian Doctors Health Program, i.e. VDHP)[47].

Dispositif mis en place

Le VDHP a été mis sur pied en novembre 2000 et offre un service clinique à temps plein depuis mai 2001. Sa mission est d'apporter un service particulier et confidentiel aux médecins et aux étudiants en médecine présentant des problèmes de santé, incluant l'alcool et la consommation de drogues et des problèmes de santé mentale. Ce service est offert gratuitement[47].

Ce programme vise 5 objectifs en lien avec la santé et le bien-être des médecins et des étudiants en médecine :

Encourager le développement et faciliter l'accès à des services d'éducation et de prévention, d'intervention précoce, de traitement et de réadaptation ;

Encourager et soutenir la recherche dans la prévention et la gestion des pathologies ;

Faciliter l'identification précoce et l'intervention rapide auprès des médecins malades et à risque d'incapacité ;

Agir comme un référent et un coordinateur pour faciliter l'accès aux services de support appropriés pour les médecins et leurs familles ;

Assurer l'accès à une réadaptation de qualité et encourager la formation et la réinsertion professionnelle.

Pour atteindre ses objectifs, le programme entend[47]:

Tirer avantage de la longue expérience nord-américaine en matière de Programmes de Santé pour les Médecins ;

Intégrer les recommandations formulées en 1994 par la Fédération américaine du Comité Ad hoc des commissions médicales sur les déficiences des médecins (US Federation of State Medical Boards Ad Hoc Committee on Physician Impairment). Ces recommandations incluent les éléments fondamentaux du programme tels que l'évaluation, la gestion des rechutes et la confidentialité, un double système d'accès au programme (volontaire ou mandaté) et le principe d'un contrat de gestion de cas.

Développer un programme spécifiquement adapté à l'Australie. Par exemple, la culture nord-américaine de gestion de l'addiction aux drogues est principalement basée sur l'abstinence ; aussi, les approches médicales et groupes de support (tels que les Alcooliques Anonymes et les Narcotiques Anonymes) tendent vers l'abstinence. Cette approche n'est pas systématique en Australie.

Population concernée

La population visée par ce programme compte 18 000 médecins praticiens détenteurs d'une licence et 2 500 étudiants en médecine. Il est également accessible aux médecins praticiens qui ne détiennent plus de licence de pratique et aux médecins des territoires d'outre-mer[47]. La population couverte compte toutes les spécialités médicales, les chercheurs et les académiques.

Structure d'appui

Trois personnes sont nommées pour délivrer le programme : un directeur médical ayant une expertise en gestion des addictions à l'alcool et aux drogues et une expérience des programmes nord-américains de santé pour médecins (0,8 ETP), un administrateur (1 ETP) et un psychologue (1 ETP)[47].

L'équipe clinique du VDHP n'entreprend pas le traitement elle-même mais agit comme un 'centre de tri' qui veille à ce que les besoins de santé soient rapidement rencontrés en faisant appel aux ressources appropriées. Le VDHP a développé un important réseau de médecins généralistes, de psychiatres et de psychologues auxquels il peut faire appel. Une convention a été établie avec un hôpital psychiatrique privé vers qui le VDHP peut référer le participant et faciliter son admission si nécessaire.

Financement

Le programme est entièrement financé par la Commission médicale des praticiens en médecine de Victoria mais reste indépendant de cette commission.

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Les médecins peuvent spontanément faire appel au VDHP ou être référés par un membre de leur famille, un collègue, un superviseur ou par la Commission Médicale compétente. Un premier contact téléphonique est établi avec le VDHP pour présenter la situation. Dans certains cas, référer le requérant vers un service de prise en charge approprié s'avère suffisant.

Les personnes présentant des addictions sont référées au CAMP (Case Management, Aftercare and Monitoring Program) alors que la gestion des situations de stress et d'épuisement fait appel à un psychologue ou un psychiatre.

Les personnes référées au CAMP doivent signer une convention avec le VDHP adaptée à leurs besoins. Toutes doivent consulter un médecin généraliste, et les personnes dépendantes aux drogues doivent de plus contacter un spécialiste en la matière, voire un psychiatre. Les séances de groupe constituent une part importante du CAMP et sont supervisées par des spécialistes des addictions, i.e. un groupe de support (groupe Caducée) et/ou des groupes de soutien mutuel (tels que les alcooliques anonymes ou les narcotiques anonymes). L'auto-médication est interdite et surveillée (dosage urinaire et tests respiratoires). L'objectif ultime du programme est d'obtenir le rétablissement, l'abstinence, le retour au travail et une bonne qualité de vie. Toutefois, une réduction substantielle de la consommation est considérée comme un succès acceptable. Durant la prise en charge, les participants doivent interrompre leur activité professionnelle et ne la reprendront que lorsque leur condition est considérée comme stable et sans danger. Le non-respect de ces conventions amène l'exclusion du participant. Cette exclusion est notifiée à la Commission médicale qui ôte l'autorisation de pratique du médecin concerné.

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Les services offerts par le programme incluent[47] :

Une intervention initiale : contacter la personne qui a orienté le médecin malade vers le programme (employeur ou conjoint du médecin par exemple) pour obtenir de plus amples informations et diriger le médecin vers une évaluation ;

Une évaluation préliminaire assurée par le VDHP ;

Une orientation vers un spécialiste pour bénéficier d'une évaluation approfondie et d'un traitement ;

Une gestion de la situation incluant un suivi et une aide concrète pour faciliter le retour au travail si nécessaire ;

Un monitoring de la consommation d'alcool et de drogues, du comportement et du contexte de travail ;

La défense des intérêts du médecin ou de l'étudiant sur son lieu de travail ou devant les tribunaux ;

Un soutien familial au travers de séances de conseil, incluant la thérapie de groupe ;

L'assistance pour faciliter le retour au travail et le développement d'un programme structuré de réinsertion professionnelle ;

Un suivi (sans limite de durée) grâce à des contacts périodiques pour évaluer l'observance et l'efficacité de la thérapie.

Supervision du programme

Le VDHP est géré par un comité de cinq superviseurs nommés par la Commission médicale des praticiens en médecine de Victoria et l'Association des médecins australiens de Victoria, mais est indépendant de ces deux structures (i.e. les membres de ces structures ne peuvent être membres du VDHP)[47]. Toutefois, le VDHP se doit de notifier à la Commission médicale les participants qui, en raison de leur condition ou de leur état de santé, peuvent constituer un risque pour le public (Section 36 of the Health Professions Registration Act 2005). Cette notification n'est obligatoire que dans les provinces Victoria et South Australia[48].

Deux comités permettent au programme de fonctionner : le premier gère les questions financières, le second mène les audits médicaux. Les membres de ces comités n'ont pas accès aux dossiers médicaux des participants.

Evaluation

Entre mai 2001 et juin 2004, le VDHP a enregistré 438 contacts : 218 étaient des demandes d'information, alors que 220 ont impliqué une entrée dans le programme. La majorité des raisons invoquées était liée à des problèmes d'alcool ou de drogue , suivie de problèmes psychiatriques et de problèmes émotionnels ou liés au stress. Plus rares étaient les situations de pathologie mentale (dépression, troubles de la personnalité, affections bipolaires, harcèlement sexuel, psychose) nécessitant une prise en charge psychiatrique. Seuls 6 contacts ont été enregistrés pour un problème de santé physique (gestion du diabète et de l'hypertension, recherche d'un généraliste ou d'un spécialiste).

4.1.5.2 Autres programmes

Programmes de prise en charge des médecins en incapacité

Les autres Etats australiens et la Nouvelle-Zélande ont mis sur pied des programmes similaires mais le niveau d'implication de la commission médicale varie[49]. L'objectif est d'assurer la sécurité du public tout en maintenant autant que possible les médecins dans leur pratique. Les principales raisons d'appel concernent l'abus d'alcool ou de drogues, les dépressions majeures, les troubles bipolaires, les incapacités cognitives, les troubles psychotiques ou de personnalité, et l'anorexie. Les prises en charge sont personnalisées et varient selon l'affection originelle, l'âge et la carrière professionnelle, et la motivation des participants[49].

Initiatives du Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) pour les médecins en santé (Healthy doctors)

En 2004, le Comité de support professionnel par les pairs (The Professional Peer Support Program Committee [PPSPC]) du Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) a été mis sur pied en réponse aux questions préoccupantes relatives à la santé et au bien-être des médecins (voir http://www.racgp.org.au/healthydoctor, consulté le 11 juin 2010). Ce comité est composé de représentants de nombreuses organisations médicales et agit au sein de l'unité de recherche et de qualité des soins (Quality Care and Research Unit) du RACGP. L'objectif principal de ce comité est de promouvoir la santé et le bien-être des médecins. Une revue de la littérature sur la santé mentale des médecins[50] rapporte des niveaux élevés de stress, d'épuisement professionnel, d'insatisfaction au travail, de pathologies psychiatriques et de dépression dans la population médicale. En réponse à ce rapport, le RACGP a édité un ouvrage qui offre information et ressources pratiques pour aider les médecins à développer des stratégies pour se prendre en charge et se soigner ("Keeping the Doctor Alive: a self-care guidebook for medical practitioners"). Tous les membres des associations médicales ont reçu ce guide. D'autres guides similaires ont vu le jour pour soutenir les jeunes médecins qui manquent de support ou de formation ('Junior doctor well-being in Hospital settings') ou aider les médecins à identifier et à gérer leurs sources de stress ('Who me?').

En 2005, le même comité a mis au point une tentative de modèle de support par les pairs pour répondre aux mêmes problématiques. Le défi de ce projet est de promouvoir un modèle d'auto-prise en charge chez des praticiens débordés qui considèrent les concepts de 'support', 'mentoring' et 'supervision' comme réponses à de faibles performances. Le modèle est proposé depuis septembre 2008 à tous les médecins affiliés au RACGP : les membres peuvent bénéficier d'entretiens téléphoniques avec des conseillers en gestion du stress pour obtenir des conseils sur des questions professionnelles ou personnelles ou pour les soutenir en situation de crise, 24h/24 et 7j/7.

4.1.6 Irlande

4.1.6.1 Introduction

4.1.6.2 Prise en charge des medecins en souffrance

Le Collège irlandais des médecins généralistes (ICGP - Irish College of General Practitioners) a mis au point un programme de soutien pour la santé des médecins généralistes irlandais et leur famille (HIPP - The Health in Practice Programme), en vue de leur assurer un accès aisé et confidentiel à des soins de santé, à une information personnalisée sur la santé et à un programme d'éducation à la santé [51]. Ce programme est également accessible aux médecins en formation et au personnel médical. Le but de ce programme est de promouvoir la santé et de maintenir la santé physique, la santé au travail, la santé mentale et le bien-être des médecins généralistes et de leur famille.

Dispositif mis en place

Le programme propose deux types d'intervention [51].

Le soutien grâce à un réseau organisé :

Quatre groupes de professionnels de la santé (MGs, médecins du travail, psychiatres, consultants) ont été constitués et formés pour délivrer soins et support à d'autres médecins. Ils exercent leur activité à titre d'indépendants, délivrent leurs avis de façon anonyme et assurent un support par les pairs.

Le programme assure le recueil et la diffusion de toutes les informations relatives à la santé au travail et à la santé personnelle aux médecins généralistes et aux médecins en formation lors d'une demande spécifique ou par le biais de conférences, présentations, publications, réunions facultaires et sur le site internet du Collège des médecins.

La fondation d'aide aux médecins malades (Sick Doctors Scheme)

Cette fondation est constituée des représentants de 4 organisations : l'Organisation médicale irlandaise ; le Collège irlandais des médecins généralistes, le Collège irlandais des psychiatres et l'Association des épouses de médecins. Cette fondation soutient, financièrement et pratiquement, les médecins qui souffrent d'addictions, en vue de se faire soigner activement dans des unités spécialisées (voir http://www.icgp.ie/go/in_the_practice/health_in_practice/sick_doctor_scheme; accès le 19 juillet 2010). Elle offre également un programme d'éducation des médecins sur les risques particuliers d'utilisation abusive de drogues et renseigne sur les offres de soutien disponibles.

Population concernée

Médecins généralistes et membres de leur famille, étudiants en médecine, autres groupes professionnels médicaux pour l'Irlande

Structure d'appui

Le programme HIPP a développé des réseaux étendus de soutien[51] :

un réseau de 52 MGs : un généraliste pour un généraliste

un réseau de 21 médecins du travail : pour donner des avis sur les pathologies professionnelles, sur le retour au travail après un arrêt pour maladie, …

un réseau de 13 psychiatres : délivre des avis et assure les traitements

un réseau de 34 consultants (incluant des psychologues et des psychothérapeutes) : propose des solutions, développe les compétences de gestion et les ressources de coping en vue de résoudre les problèmes personnels et professionnels Toutes les requêtes sont traitées de manière confidentielle.

L'appelant ne doit communiquer ni son âge, ni son sexe, ni son lieu de résidence.

Financement

Le financement de la Fondation 'The Sick Doctor Scheme' est assuré par les 4 organisations constitutives et est complété par des donations et des investissements.

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Le médecin malade fait appel, de sa propre initiative au programme ou directement à un médecin du réseau.

Les problèmes pris en charge par le programme incluent tous les symptômes indiquant une maladie physique ou mentale, la prévention des maladies et le dépistage, la gestion des pathologies chroniques, la gestion des collègues qui présentent des problèmes.

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Les médecins font appel au programme de leur propre initiative (contact par téléphone, fax, courrier ou e-mail).

Les demandes d'information sont traitées par le même canal ou par la présentation de programmes de promotion et de prévention en santé.

Une liste des médecins appartenant aux réseaux de soutien est disponible sur le site internet de l'IGCP [51]. Il est possible pour un médecin qui requiert un avis médical ou des soins de contacter directement un médecin du réseau, appartenant à cette liste, sans passer par une centrale d'appel.

4.1.6.3 EvaluatioN

Un audit annuel est réalisé au sein des réseaux de soutien [51], pour évaluer l'intensité de leur activité (nombre d'appels, nombre de consultations, types de consultations [dermatologie, cardiologie, santé mentale…]). Aucun résultat n'est communiqué n'est publié dans des documents consultables.

Difficultés rencontrées

Les principales difficultés soulevées lors de la mise en place du programme sont :

- Déni des médecins face à leurs symptômes
- Réticence des médecins à faire appel à des structures d'aide
- Autodiagnostic, automédication, auto-suivi des médecins sans référer à d'autres professionnels
- Difficultés de délivrer des soins à des professionnels qualifiés en médecine

4.1.7 Royaume-Uni

4.1.7.1 Prise en charge des medecins en souffrance : Physician Health Program

Dispositif mis en place

Le programme de santé des médecins (PHP) vise à :

Apporter un point de contact par téléphone ou par e-mail, assurer un service de support professionnel par téléphone et via un site internet, des consultations face-à-face et une fonction de gestion des cas ;

Référer les médecins demandeurs vers des dispensateurs de soins dans le PHP2, assurant un accès rapide à des spécialistes pour une évaluation approfondie et un traitement si nécessaire, incluant un recours immédiat à des structures de prise en charge ambulatoire ou d'hospitalisation si nécessaire ;

Assurer une fonction de gestion de cas, incluant support et suivi des praticiens qui présentent des problèmes de santé mentale ou des addictions.

Les problèmes pris en charge au sein de ce programme sont les problèmes de santé mentale (affections bipolaires, dépression,…) ou addictions (quel que soit le niveau de sévérité) et/ou les problèmes de santé physique, en particulier s'ils ont un impact sur la performance du médecin. Les problèmes de santé chroniques (diabète, hypertension, affection cardiaque ou cancer) ne relèvent pas du programme mais bien du médecin généraliste.

Le programme comporte deux modules :

PHP1 : l'équipe 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

PHP2 : si un traitement psychologique plus intense doit être proposé, le médecin requérant peut être référé à des cliniciens spécialisés dans les interventions psychothérapeutiques

Le recours au PHP2 est nécessaire s'il s'agit d'évaluation complémentaire et/ou de traitements de problèmes liés au stress, au burnout, à des questions familiales ou de couple, à des problèmes de comportement, d'addiction aux drogues, à l'alcool ou au jeu.

Une commission spécialisée (The London Specialised Commissioning Group – LSCG) assure la gestion du programme, conjointement avec le Service d'Evaluation Clinique National (The National Clinical Assessment Service - NCAS). Ce programme est un programme pilote d'une période de 2 ans qui a débuté en 2008 à Londres. Depuis, une extension aux autres parties de l'Angleterre ainsi qu'aux étudiants et aux autres professionnels de la santé est envisagée [52].

Population concernée

Le programme couvre les médecins et dentistes établis ou pratiquant à Londres. Des conseils téléphoniques peuvent être prodigués aux membres de leur famille, amis et collègues, services de médecine du travail et employeurs [53]

Après 12 mois de fonctionnement, les usagers du service se répartissent comme suit : 184 praticiens malades rencontrés, 53% d'hommes et 47% de femmes, 91% de médecins, 8% de dentistes [52].

Structure d'appui

Le Groupe Hurley est responsable du PHP1. Il est composé de médecins généralistes et d'infirmières ayant une expertise en santé mentale et en addictions et une expérience dans la prise en charge des médecins. L'équipe étendue compte aussi des psychiatres, des thérapeutes cognitivo-comportementalistes et des médecins du travail.

Lorsque les praticiens prennent contact eux-mêmes avec le PHP1 pour des conseils ou une prise en charge, ceux-ci sont délivrés en toute confidentialité, sans rapport à une agence externe à condition que la sécurité de leurs patients ne soit pas compromise. Aucune communication de leur situation ne sera assurée avec une instance de régulation, les Royal Colleges, le NCAS (National Clinical Assessment Service), le décanat ou autre à moins que le médecin requérant y consente.

Dans les cas rares, où le médecin ne se conforme pas aux avis formulés pour prendre leurs problèmes de santé en charge et que leur condition semble représenter un risque pour leurs patients, le PHP1 a la responsabilité d'agir, et d'en aviser l'organisation qui emploie ce médecin afin de restreindre sa pratique et de le référer auprès du GMC/GDC.

Les services spécialisés (PHP2) sont délivrés par des médecins spécifiquement choisis et appartenant à des groupes, tels que The South London and Maudsley NHS Foundation Trust; Capio-Nightingale; The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. De plus des services d'hospitalisation sont assurés au Clouds House. Dans certaines circonstances particulières, les médecins requérants peuvent être référés à d'autres professionnels que ceux de cette liste.

Financement

Le PHP est financé par le Département de la Santé. Le 'London Specialised Commissioning Group' (LSCG) assure la gestion du PHP en collaboration avec le 'National Clinical Assessment Service' (NCAS). Un budget de 800.000£/an est prévu pour le PHP1. Un montant équivalent est prévu pour le PHP2 [52]. La moitié du budget du PHP2 est dépensé dans les soins fournis par la structure d'appui (Capio Nightingale Hospitals).

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Le médecin malade fait appel, de sa propre initiative au programme, par un contact téléphonique. Il ne doit pas s'identifier.

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Après la première prise de contact téléphonique en semaine et l'identification du problème qui amène le médecin à consulter, une consultation face-à-face sera planifiée (en semaine, le samedi matin, voire à domicile). Le médecin requérant pourra bénéficier de conseils professionnels, d'une évaluation au Riverside Medical Centre (examen physique complet, tests sanguins,…), de support par des pairs, d'évaluations spécifiques des problèmes d'addictions, voire d'hospitalisation si la situation le requiert. La prise en charge des consommations abusives d'alcool ou de drogues visera l'abstinence complète (cure de désintoxication, prévention des rechutes, thérapie cognitivo-comportementale) et sera organisée en ambulatoire ou en hospitalisation (Riverside Medical Centre).

La prise en charge des affections mentales suit les guidelines édictés par NICE.

Evaluation

Deux évaluations de la performance du programme ont permis de mettre en évidence les principaux résultats identifiés en 12 mois [52 53].

Amélioration significative de la santé mentale et du fonctionnement social des médecins requérants

Retour au travail d'un nombre important de praticiens (46% des médecins requérants ne travaillaient plus et sont retournés au travail après la prise en charge du PHP)

Performance élevée du programme par rapport aux attentes (respect du budget, rencontre des indicateurs de performance, prise en charge de nombreux praticiens)

Les pistes d'amélioration suivantes sont proposées [53] :

Améliorer les liens avec la médecine du travail

Optimaliser le bouche-à-oreille pour faire connaître le programme aux groupes-cibles

Améliorer la communication avec les utilisateurs depuis la première prise de contact jusqu'au départ du programme

Proposer une information sur mesure aux groupes cibles

Clarifier le processus qui conduit à référer le médecin vers d'autres structures de prise en charge

Les forces principales du programme ont été identifiées [53]:

Comble le vide dans la provision des services

Equipe hautement qualifiée

Indépendance entre les structures médicales et les instances de régulation

Réponse rapide aux problèmes (endéans les 48h)

Flexibilité des rendez-vous

Etendue des services offerts

Approche personnalisée

4.1.7.2 Prise en charge des medecins en souffrance : Individual Support Programme (ISP)

Dispositif mis en place

Le programme est proposé par l'équipe de Debbie Cohen au sein de l'Unité des Compétences en Communication du Département de médecine générale de l'Université Cardiff. Le programme assure une prise en charge non clinique des médecins, centrée sur les compétences et aptitudes au travail (gestion, communication, stress, charge de travail élevée, horaires, mauvais leadership, travail en équipe). Les problèmes concrets portent aussi sur l'adaptation culturelle de médecins étrangers et son impact sur la pratique clinique, la connaissance de l'anglais idiomatique, les comportements non-empathiques en consultation qui conduisent les médecins (en formation ou non) à échouer à des tests d'aptitude [54, 55].

Le programme vise à soutenir les médecins qui craignent de ne pas être performants dans les aspects non-cliniques de leur activité, en offrant une évaluation des besoins et une remédiation structurée. Il s'appuie sur les méthodes de changement de comportement (modèle bio-psycho-social de la réadaptation). La remédiation s'appuie sur les forces présentes et développe les capacités de communication et de gestion ; elle peut inclure du coaching, des jeux de rôle, la rétro-information par vidéo ou de simulations de consultations avec des acteurs. Les méthodes utilisées varient selon les besoins individuels, la personnalité et le style d'apprentissage [54].

Un plan détaillé d'évolution peut être proposé avec les ajustements nécessaires, en étroite collaboration avec les doyens et les associations professionnelles.

Population concernée

Tous les médecins et étudiants en médecine du Royaume-Uni (Angleterre, Pays de Galles et Ecosse) qui craignent d'échouer ou ont échoué à des tests d'aptitude ou des évaluations de formation – Records of In-Training Assessments [RITA] [54, 56].

Structure d'appui

Le service est dirigé par un médecin du travail, un médecin généraliste ayant une expérience de la santé au travail, deux psychologues du travail, un psychologue de la santé et un spécialiste du langage. Le soutien d'un neuropsychologue ou de psychiatres peut aussi être obtenu [54].

La confidentialité et la nature indépendante du service offert sont assurés dès la première entrevue. Un contact régulier avec l'instance qui a référé le médecin au service est assuré pour veiller à assurer un feedback et servir de médiation entre les deux parties.

Un service de prévention et de formation est disponible online pour les superviseurs éducatifs, en vue de les aider à gérer leur performance. Des formations face-à-face sont aussi proposées pour les médecins qui éprouvent des difficultés liées à leur performance [56].

Financement

Le financement du programme n'est pas mentionné.

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Les médecins concernés sont majoritairement référés par les doyens de faculté et les associations dans tout le pays ou des organisations telles que le NCAS (National Clinical Assessment Service). Le médecin concerné peut aussi faire appel spontanément au service par téléphone [54].

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Le médecin est référé par son doyen ou son association professionnelle. La première entrevue est organisée dans le Service ISP et permet d'identifier les besoins du médecin concerné (rapports d'incidents, évaluation à 360°, et notes d'évaluations de formation – Records of In-Training Assessments [RITA]) et d'envisager un plan de remédiation. Dans certains cas, une analyse du lieu de travail est également réalisée [54].

Une remédiation est ensuite proposée pour faciliter le développement des compétences, l'analyse de la personnalité, s'adapter à la culture organisationnelle, développer les compétences de communication (écoute empathique, langage, interviews).

Evaluation

Depuis son implémentation en 2001, plus de 250 médecins ont été référés au service, étudiants ou médecins confirmés [54].

4.1.7.3 Prise en charge des medecins en souffrance : Doctors for doctors

Dispositif mis en place

La British Medical Association dispose depuis 1996 d'un service de conseil. Il est composé de consultants téléphoniques qui travaillent 24H/24, 7J/7. Tous ces consultants sont membres de la British Association for Counselling and Psychotherapy et respectent les règles de confidentialité et de pratique éthique [57, 58]. Ce service reçoit environ 200 appels par mois et offre un conseil par téléphone d'environ 20 à 25 minutes.

La BMA a récemment développé le service « doctors for doctors » (ou Doctor Advisor Service) spécifiquement dédié aux membres en difficulté qui souhaitent parler à un confrère[59]. Tous ces confrères sont des bénévoles qui souhaitent apporter aide et soutien aux médecins et étudiants en médecine qui se sentent en difficulté en leur accordant un espace de parole ou en les référant à des organisations plus appropriées [57, 58].

Population concernée

Peuvent s'y adresser tous les étudiants en médecine et les médecins qui vivent des pressions et du stress au travail (impactant sur la vie de famille), des problèmes relationnels, des problèmes de santé mentale, d'abus d'alcool ou de drogues. La plupart des appelants sont référés par les services régionaux de la BMA [60].

Les problèmes pris en charge sont :le stress, le harcèlement, les problèmes avec l'Ordre des Médecins (GMC), des difficultés relationnelles, liées au racisme, des problèmes d'alcohol et de toxicomanies, endettement et dépression.

Structure d'appui

En Aval de son activité, le service Doctors for Doctors réfère le médecin auprès des structures adéquates compte tenu des problèmes évoqués lors de l'entretien. En amont, il est directement lié à la BMA. Son site web est inclus dans le site de la BMA pour offrir un accès direct aux ressources de la BMA (conférences, publications, etc.).

Financement

Le numéro d'appel est payant et applique un tarif local. Les 25 médecins-conseils qui travaillent pour le dispositif Doctors for Doctors (en 2007) travaillent sur base volontaire[58]

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Possibilité de consultation spontanée ou d'être référé par le service de consultance du BMA. Lorsque le médecin appelle le service de conseil de la BMA, on lui propose deux options : soit parler avec un conseiller BMA soit s'adresser à un confrère (il est alors référé au service Doctors for doctors). Il n'y a aucune restriction quant aux nombre d'appels et la possibilité est offerte d'être pris en charge chaque fois par le même conseiller afin de garantir la continuité de la prise en charge[57].

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Le médecin forme le numéro d'appel général 08459 200 169 et exprime son choix de parler avec un conseiller (BMA Counselling Service) ou un médecin-conseil (Doctors for Doctors Service). Le service de médecins-conseils permet de contacter un autre médecin en vue d'avoir une prise en charge holistique d'une situation difficile. Il ne s'agit pas d'un service d'urgence. Ce service ne pose pas de diagnostic et ne délivre pas de traitement, mais réfère le demandeur vers les sources d'aide les plus appropriées. Il n'assure pas la défense des intérêts du demandeur et ne le représente pas devant les tribunaux[57, 58].

Le service offert est entièrement confidentiel et n'est lié à aucune agence externe ou interne. Si le comportement du médecin peut entraîner un risque pour sa santé ou celle de ses patients, le Conseiller est tenu de l'amener a requérir de l'aide ; s'il ne le fait pas, le Conseiller peut avertir le GMC. Toutes les données enregistrées sont anonymes et utilisées aux seules fins de diriger adéquatement le médecin vers les structures appropriées.

Supervision du programme

Un séminaire annuel est organisé avec les médecins-conseils bénévoles pour discuter des cas rencontrés et échanger de bonnes pratiques. Ceux-ci peuvent également demander conseil au médecin psychiatre qui supervise le programme.

Evaluation

Aucune connue à ce jour.

4.1.8 Canada

Chaque province et territoire canadien dispose d'un programme d'aide aux médecins souvent appelé programme de santé des médecins (PSM) (ou Physician Health Program (PHP)). Le plus grand (en personnel engagé) est celui de l'Ontario[61, 62]. Les plus atypiques sont ceux de l'Alberta (qui repose sur un modèle de programme d'aide aux employés[62]) et du Québec (qui a l'appui de multiples organisations de la profession médicale [63]). Ces trois programmes sont présentés ci-dessous ainsi que le Programme de suivi administratif des médecins présentant des problèmes de santé physique ou mentale (Québec). Ce-dernier, moins axé sur le support des médecins en souffrance, s'attache davantage à la protection du public.

Un rapport d'étude non publié mais résumé dans le plan stratégique de l'AMA en 2010 fait le point sur les services de santé mentale pour les médecins du Canada [64]. Il aborde non seulement les problèmes liés à l'alcool et aux drogues mais également à d'autres diagnostics psychiatriques ainsi que le stress professionnel. Le rapport souligne que même si l'information anecdotique clinique abonde, on manque de données quantitatives sur la santé mentale des médecins au Canada. Les programmes de santé des médecins du Canada ne recueillent pas à l'heure actuelle de données communes (d'où l'initiative de Brewster de créer en 2005 un guide pour le recueil d'indicateurs communs)[65].

4.1.8.1 Prise en charge des medecins en souffrance : Ontario PHysician health program

Dispositif mis en place

Le Physician Health Program de l'Association Médicale de l'Ontario (OMA) a été créé en 1995. Il s'agit d'un programme intégré doté d'un effectif professionnel qui offre tout un éventail de services aux médecins, aux futurs médecins et aux membres de leur famille en fonction des ressources communautaires disponibles[63].

Il compte sur un personnel à temps plein constitué : d'un directeur médical, d'un gestionnaire de programme, de deux gestionnaires de cas et d'autres membres du personnel de soutien administratif (12 personnes au total).

Le modèle de gestion de cas est utilisé depuis sa création pour offrir des services de suivi et de représentation aux médecins de l'Ontario qui rencontrent des problèmes d'alcool et de toxicomanie. Ce même modèle est maintenant appliqué aux patients présentant des troubles psychiatriques.

Des réseaux de ressources sont également développés dans la province pour mettre en contact les médecins en souffrance et les membres de leur famille avec des cliniciens experts qui assurent la surveillance au niveau local (regional monitoring clinicians).

Philosophie sous-jacente

En quinze ans, le programme a évolué d'une attention apportée aux problèmes de toxicomanie et d'alcool à des problèmes de santé mentale plus larges [61]. Comme pour tous les PHP canadiens, son existence réside dans l'obligation de tout médecin canadien de solliciter de l'aide s'il éprouve des problèmes personnels qui peuvent nuire aux services qu'il offre aux patients (Code de déontologie de l'AMC, 1996, article 43) et dans l'obligation qu'a tout médecin de signaler aux autorités compétentes toute conduite non professionnelle de collègues (Code de déontologie de l'AMC, 1996, article 37). Rappelons que le PHP ne fournit pas de traitement mais réfère le client vers les services existants.

Une nouvelle option est actuellement développée dans le sens d'une plus grande prise en compte des environnements de travail. Le Physician Workplace Support Program (PWSP) vient d'être lancé pour amener des réponses aux problèmes qui se développent sur le lieu de travail.

Population concernée

Depuis sa création en 1995, plus de 2 000 médecins ont eu recours à ce service[66]. Le nombre de nouveaux contacts est en constante augmentation passant de 11 en 1995 à 602 en 2008. Cette même année, 413 nouveaux cas (lorsque le client reçoit un service clinique) ont été comptabilisés[67]. Peuvent y participer, les médecins et membres de leur famille, les étudiants, internes et résidents, les vétérinaires. Ceux-ci représentent environ 24000 personnes potentiellement concernées.

Les problèmes suivants sont habituellement pris en charge : problèmes psychiatriques et stress (40%), problèmes liés au travail incluant le burnout (20%), problèmes familiaux (17%), troubles liés à l'utilisation de substances addictives (15%) et de façon plus marginale les problèmes émotionnels, problèmes conjugaux, problèmes de comportement[67]. En mars 2009, les contrats thérapeutiques, concernaient principalement les toxicomanies (56%) puis les problèmes psychiatriques (30%).

Structure d'appui

L'Association Médicale de l'Ontario (pas d'information sur les modalités).

Financement

Le coût pour le participant se limite aux frais de laboratoire (en cas d'analyse).

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Les requérants entrent en contact avec le PHP par téléphone, courrier électronique ou en personne, selon la situation et la demande de l'intéressé. Le programme n'offre, pour le moment, pas de service après les heures de bureau, mais un rendez-vous peut être planifié en dehors des heures de bureau.

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Le médecin, les membres de sa famille ou les collègues inquiets peuvent bénéficier de conseils et d'un appui téléphonique. Les services offerts sont : une évaluation préliminaire, la coordination des interventions, la référence à des services de conseil et des services cliniques, le suivi du rétablissement, la prise en charge de cas et la représentation auprès du Medical Board.

De plus, de nombreuses activités de prévention et d'éducation sont organisées: information à la communauté par voie de présentations ; éducation médicale continue (y compris étudiants en médecine, résidents, médecins universitaires et hôpitaux) ; publication d'articles sur la santé et le mieux-être des médecins dans l'Ontario Medical Review ; organisation de journées du «mieux-être» des médecins.

Il s'agit d'un service confidentiel. Une personne qui appelle recevra des renseignements et des conseils, qu'elle fournisse ou non des renseignements permettant de l'identifier. Le Programme de santé des médecins maintiendra la confidentialité des renseignements, sauf dans les cas suivants :

- Les renseignements à l'appui d'une intervention directe du directeur médical doivent être documentés par écrit par les personnes disposées à les fournir et ces renseignements ne doivent pas être anonymes.
- On peut signaler à l'organisme de réglementation, dans certaines circonstances précises, les cas des participants qui ont des troubles de consommation abusive de substances ou des troubles psychiatriques, qui sont surveillés en vertu d'un contrat et qui ne se conforment pas au processus.
- Rapports aux organismes compétents imposés par les lois de l'Ontario dans les cas de négligence des enfants ou de violence à leur endroit, de conduite avec facultés affaiblies et d'abus sexuel des patients.
- Obligation de notifier les organismes chargés d'appliquer la loi lorsque l'on croit qu'une personne qui appelle a l'intention de causer un préjudice grave à quelqu'un d'autre.

La durée de prise en charge peut varier d'un coup de fil à plusieurs années. Les cas sous surveillance peuvent l'être de deux à cinq ans.

Supervision du programme

Bien que travaillant indépendamment des différents Collèges (des médecins et chirurgiens (CPSO), des vétérinaires (CVO) et des pharmaciens (OCP)), le succès du programme dépend de la bonne collaboration entre PHP et collèges. Ces collèges sont en effet investis d'une mission de régulation et d'investigation (lire à ce sujet l'histoire des relations entre le CPSO et le PHP de l'Ontario décrit [68])

Evaluation

Le programme est évalué de plusieurs façons (enquête auprès des usagers (the Exit Survey), interviews de stakeholders, évaluateurs externes et focus groups). Une évaluation en 2008 indiquait que 83% des usagers de ce programme étaient très satisfaits [67]. En terme de résultats, concernant le traitement/monitoring des toxicomanies, une étude prospective descriptive mentionne que 85% ont suivi le programme d'une durée de 5 ans, avec succès [69]. La prochaine évaluation a lieu en 2010.

4.1.8.2 Prise en charge des medecins en souffrance : Alberta physician&Family support program

Dispositif mis en place

Depuis dix ans, le PFSP de l'Alberta développe un modèle organisationnel unique puisqu'il s'agit d'un programme intégré doté d'un effectif professionnel et fondé sur un programme de médecine du travail [63]. Ce faisant, il intègre trois niveaux d'action (primaire, secondaire et tertiaire).

Une ligne téléphonique gratuite est ouverte en permanence. Des médecins ayant reçu la formation nécessaire évaluent les personnes qui appellent et les réfèrent aux ressources appropriées (psychiatres, médecins de famille, services médico-légaux et d'arbitrage) [63].

Philosophie sous-jacente

Le PFSP de l'Alberta travaille en collaboration avec les stakeholders de la profession médicale pour s'assurer que ce programme est bien fondé sur les perspectives de la médecine du travail et non sur l'idée d'un contrat thérapeutique. Au niveau de la prévention primaire, l'accent est mis sur le recours précoce aux supports disponibles[70]. Au niveau secondaire, la force du programme réside dans sa rapidité à répondre aux appels téléphoniques et à fournir une première évaluation dans l'heure. Au niveau tertiaire, la coordination de dossier est assurée pour les patients ayant des problèmes complexes et multiples. Le message clé du programme est résumé comme suit : « médecins en santé, patients en santé. Prévention, éducation et intervention précoce » (healthier physicians, healthier patients. Prevention, education and early intervention)[71].

Population concernée

Peuvent participer au programme : les médecins, résidents, étudiants en médecine admissibles de l'Alberta ; les membres de la famille immédiate (conjoint ou partenaire et enfants à charge). Ceux-ci représentent environ 7500 personnes. Durant ces 5 dernières années, 2000 médecins et les membres de leur famille ont pu bénéficier des services du PFSP[70].

Les problèmes abordés sont :

- Problèmes de relations familiales et interpersonnelles
- Problèmes liés au travail et à la carrière
- Stress, anxiété, dépression
- Problèmes de santé personnels
- Addiction (p. ex., alcool, drogues, jeu)
- Problèmes liés aux soins des enfants et des personnes âgées
- Abus ou harcèlement sexuel
- Préoccupations financières
- Deuil
- Appui personnel au changement (p. ex., retraite)
- Traumatismes et incidents critiques
- Préoccupations au sujet d'un collègue (p. ex., déficience, comportement perturbateur)
- Appui médico-légal de pairs

La majorité des appels concernent les problèmes familiaux et relationnels [72].

Structure d'appui

L'Association Médicale de l'Alberta appuie la démarche (pas d'information sur les modalités).

Financement

Le programme couvre sans frais directs jusqu'à 6 séances pour le médecin et jusqu'à 6 séances pour les membres de sa famille au cours d'une période de 12 mois.

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

C'est un fournisseur de services contractuel qui répond à un numéro gratuit 24h sur 24 et 7 jours sur 7 [63]. Seront demandés le nom, le numéro de téléphone et une heure adéquate pour qu'un médecin évaluateur puisse rappeler dans l'heure qui suit. Lorsque le médecin évaluateur rappelle, une discussion s'engage sur les préoccupations et une décision est prise quant aux consultations qui seraient adaptées pour le médecin ou sa famille. Les médecins évaluateurs du programme connaissent bien les circonstances spéciales liées aux problèmes de santé et aux habitudes de vie des médecins.

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Les services fournis sont les suivants [63]:

- Évaluation et référence à des ressources de conseil; omnipraticiens; médiateurs, arbitres; conseillers financiers; traitement des addictions; psychiatres; conseillers en gestion médicale; réseau d'entraide médicolégal de pairs
- Interventions
- Services de prévention et d'éducation

En plus d'exposés à la demande, le programme développe également de nombreuses activités de prévention ou d'éducation via des ateliers, des séminaires ou des retraites (dont certaines en famille ou en couple)[63].

- Ateliers : Insights Discovery (1 jour); Emotional Intelligence (1 jour); TLC for the Doctor's Soul (1 jour)
- Séminaires : Physicians Treating Physicians (une demi-journée); Healthy Business Partnerships (une demi-journée); Thriving/Surviving Significant Change (un jour)
- Retraites ou fins de semaine : Reclaiming Equilibrium (vendredi soir au dimanche après-midi); Family Retreat (fin de semaine); Enriching Your Couple Relationship (vendredi soir au dimanche après-midi).

L'information n'est communiquée à personne en dehors du programme sans le consentement éclairé, volontaire et écrit du client. Il y a des exceptions où il faut produire un rapport à des tiers avec ou sans le consentement de l'intéressé : lorsque l'on soupçonne qu'un enfant est victime de violence et si la personne en cause constitue une menace de blessure grave pour elle-même ou des tiers. Tout est fait pour protéger l'anonymat des clients à l'arrivée et au départ des rendez-vous.

Supervision du programme

Evaluation

Une évaluation indépendante a eu lieu en 2007 [pas d'accès à ce jour]. Une évaluation annuelle est menée auprès des usagers par le PFSP. Une évaluation de l'Association Médicale de l'Alberta a été menée en 2007 et en 2009 (Ama tracker survey). Cette-dernière indique que la probabilité moyenne d'accéder aux services du PFSP est de 60% [71].

4.1.8.3 Prise en charge des medecins en souffrance : Programme d'aide aux médecins du Québec

Au Québec, en 1990, la création d'un programme d'aide pour les médecins a découlé de la prise de conscience que les médecins pouvaient, eux aussi, être malades, et que la majorité d'entre eux restaient isolés, sans chercher ou trouver l'aide souhaitée pour résoudre leur problème de santé[73].

Dispositif mis en place

Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) est un organisme sans but lucratif, créé le 8 février 1990 à la suite d'une entente intervenue entre l'Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ), qui assurent son financement. Les médecins qui le désirent peuvent s'adresser en toute confidentialité au programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). Les bureaux du PAMQ sont situés à Montréal et les services sont offerts à tous les médecins du Québec[73].

L'organisme est autonome et, sur le plan des services rendus, n'a de rapport à faire à personne à moins d'avoir reçu une autorisation expresse du médecin concerné. Le PAMQ offre une aide discrète et professionnelle : entretien téléphonique et rencontre avec un médecin du PAMQ ; identification des problèmes et recherche de solutions ; établissement d'un plan d'action ; détermination des ressources appropriées et références personnalisées aux fins d'évaluation et de traitement ; soutien tout au long de la démarche ; réinsertion sociale et professionnelle ; suivi périodique par un médecin du PAMQ jusqu'à rétablissement et un rôle d'intercession. Ce programme trouve son équivalent dans chacune des provinces.

Le PAMQ apporte son assistance aux organismes médicaux, aux établissements d'enseignement et de santé, aux conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), aux cliniques privées ainsi qu'à tous ceux et celles qui souhaitent aider un médecin, un résident ou un étudiant en difficulté[73].

Le PAMQ a pour mission

1. de venir en aide aux médecins, aux résidents, aux étudiants en médecine et, dans des cas particuliers, aux membres de leur famille immédiate qui ont des problèmes:

de santé mentale, de la réaction émotive à la maladie psychiatrique sévère;

de consommation inappropriée ou abusive d'alcool, de médicaments psychotropes ou de drogues illégales;

d'inconduite sexuelle dans la relation entre médecin et patient.

2. d'établir des programmes qui visent à:

prévenir chez les médecins, les résidents et les étudiants en médecine l'abus d'alcool et de drogues, de même que certains problèmes de santé mentale;

favoriser l'identification précoce et le traitement approprié des médecins, des résidents et des étudiants qui présentent des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de santé mentale;

leur prêter assistance dans leur insertion ou leur réinsertion à l'exercice professionnel.

3. de favoriser la recherche dans ces domaines.

Le PAMQ a opté pour réagir rapidement, avant que des problèmes ne surviennent. L'identification des facteurs de risque, la connaissance des signes qui indiquent qu'un collègue est en difficulté, l'amélioration de l'accès aux congés de maladie et le retour précoce au travail s'inscrivent dans une démarche visant à prévenir la survenue de difficultés majeures. Le Programme souhaite aussi faire la promotion des pratiques visant le mieux-être des médecins et leur satisfaction professionnelle, en participant à des événements sur la santé des médecins (cours, conférences ou rencontres d'information; stands d'information lors de colloques ou de congrès médicaux).

Le PAMQ travaille au développement d'une série d'ateliers sur la santé des médecins. Cinq thèmes sont abordés : la fatigue en pratique médicale ; les périls du perfectionnisme ; la gestion du stress ; la carrière en évolution ; et, survivre aux erreurs et aux plaintes.

Depuis 2008, le PAMQ répond aux demandes d'aide de deux types de clientèles, soit les individus, soit les groupes. L'intervention en individuel avec les médecins, résidents ou étudiants en difficulté est au centre de la mission du Programme. Le PAMQ est également appelé à soutenir des médecins dans leur milieu de travail. En effet, l'expertise des médecins-conseils est sollicitée par des gestionnaires soucieux du bien-être de leurs équipes là où des médecins ont été confrontés à des situations troublantes ou à des cas de harcèlement au travail[73].

Confidentialité et discrétion sont les deux piliers essentiels au programme. Aucune information n'est transmise à une tierce personne, à moins d'une autorisation spécifique du médecin, du résident, ou encore de l'étudiant concernés. Même si au Québec, le Collège des médecins a un droit d'accès aux dossiers médicaux des médecins, notamment en cas de plainte, le PAMQ a obtenu que les médecins conseils du PAMQ ne soient pas soumis à cette règle. Pour répondre de son indépendance et de son souci de la confidentialité, le PAMQ a établi son siège social ailleurs que dans les locaux du Collège des médecins du Québec.

Population concernée

Le service s'adresse aux médecins, aux résidents et aux étudiants et, parfois, à leur famille, et ce, en cas de difficultés professionnelles ou personnelles : épuisement au travail, problème de santé mentale, trouble affectif, addictions…

Il s'adresse aussi aux organismes et établissements qui veulent venir en aide à un médecin ainsi qu'à tous les regroupements de médecins, de résidents(es) ou d'étudiants(es) qui veulent organiser un programme ou une activité de prévention dans leur milieu.

Structure d'appui

En 2009, l'équipe du PAMQ comptait 7 médecins conseils, représentant environ 2,5 équivalents temps plein (médecins généralistes ou de santé communautaire, médecins spécialistes). Le PAMQ bénéficie aussi de l'appui de 5 médecins-collaborateurs (conférences, recherche, représentation, sensibilisation de la communauté médicale) et d'une équipe de médecins et professionnels ressources comprenant des omnipraticiens, des psychiatres, des psychologues, des médiateurs, des comptables, des avocats et d'autres spécialistes et conseillers qui interviennent au besoin. De plus, le Programme compte 4 employés à temps plein, soit un directeur de l'administration, une directrice des communications et deux secrétaires administratives.

Financement

Le PAMQ est un organisme sans but lucratif. Depuis sa création, son financement a toujours été assuré par les trois fédérations de médecins, omnipraticiens, spécialistes et résidents, par le Collège des médecins du Québec et par l'Association des médecins de langue française du Canada. Sur un budget total d'environ un million de dollars, les principaux subventionnaires du Programme sont les fédérations médicales dans une proportion de 66%, la Fondation du PAMQ pour environ 20% et le Collège des médecins pour 8%[73].

Entre 1999 et 2004, la Fondation des médecins du Québec, sous l'égide du Collège, a également soutenu le Programme financièrement. À l'automne 2004, le Collège a transféré la Fondation médecins du Québec au PAMQ. Elle porte maintenant le nom de Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec et poursuit son objectif premier qui est de permettre au Programme de s'acquitter de tous les volets de sa mission en matière d'intervention, de prévention et de recherche. Différentes activités sont organisées afin de soutenir financièrement la Fondation : Tournoi de golf des fédérations médicales, dons In Memoriam, représentation auprès d'entreprises préoccupées par la santé des médecins…

Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

C'est sur une base volontaire que la majorité (92%) des clients du PAMQ le consultent. Peu nombreux (8%) sont ceux qui sont obligés de s'adresser au Programme.

Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Lors du premier contact, un rendez-vous est organisé, si possible en face à face, sinon – et notamment lorsque l'éloignement géographique l'impose (le PAMQ couvre toute la surface de la province du Québec)– par téléphone. Ce rendez-vous, d'une durée de 1h30 à 2h, a pour objectif de faire le tour des différents problèmes. Un abord par l'analyse du cheminement professionnel permet une mise en confiance, les difficultés extraprofessionnelles (personnelles, familiales, financières, etc.) étant abordées dans un deuxième temps. La synthèse de l'entrevue permet d'aboutir à une liste, non pas de diagnostics, mais de problèmes identifiés. Un avis sur le type de ressources qui vont permettre à la personne de traverser les épreuves auxquelles elle est confrontée, est proposé[73].

Les ressources que le PAMQ a développées permettent de couvrir des besoins très diversifiés : les problèmes de pathologie mentale, de dépression, d'épuisement professionnel sont orientés vers un psychologue ou un psychiatre dont le rôle sera de fournir une évaluation objective et de prescrire, le cas échéant les thérapeutiques adaptées. Les problèmes d'addiction entrent plutôt dans le cadre des ressources en toxicologie. Un conseiller en endettement ou un soutien juridique peuvent être requis pour des problèmes socio-économiques ou juridiques. Suite à un arrêt du travail du médecin malade, le PAMQ l'aide à se réinsérer dans la vie professionnelle.

Supervision du programme

Le PAMQ est géré par un conseil d'administration composé de cinq membres. Le rôle de ce conseil est de définir l'orientation et les politiques du Programme afin d'assurer son essor et sa gestion. Le conseil d'administration n'intervient pas dans les demandes d'aide particulières dont la nature confidentielle est strictement préservée. Le conseil ne dispose que de statistiques anonymes[73].

Evaluation

Entre 1991 et 2009, 4 056 demandes d'aide ont été enregistrées par le PAMQ. Le nombre de demandes d'aide adressées au PAMQ a doublé au cours des cinq dernières années. Environ 80 % des personnes qui ont recours au PAMQ souhaitent recevoir de l'aide pour des problèmes de santé mentale[73].

Par ordre de priorité, les problématiques qui amènent les médecins à consulter sont :

1. Santé mentale

épuisement professionnel

anxiété, stress aigu ou état de stress post-traumatique

maladies affectives : trouble d'adaptation, dépression, maladie bipolaire, etc.

trouble obsessif compulsif; déficit de l'attention; trouble de conduite alimentaire, etc.

2. Abus de substances / dépendances

alcool

médicaments

drogues

sexualité

jeu

3. Difficultés d'ordre personnel

problèmes familiaux, conjugaux, etc.

stress financier

maladies physiques ayant un impact psychologique ou professionnel

deuils

4. Difficultés d'ordre professionnel

plainte ou poursuite juridique / enquête professionnelle

échecs ou difficultés académiques

harcèlement ou intimidation

inconduite professionnelle

problèmes liés au vieillissement ou à la retraite

réorientation de carrière

Les médecins généralistes sont les plus nombreux à requérir de l'aide auprès du PAMQ. Toutefois les demandes d'aide des médecins spécialistes et des résidents sont en constante augmentation.

Alors que dans la profession de médecin généraliste, 37,9% des praticiens étaient des hommes en 2009, 60% des requérants étaient de sexe féminin. Dans le cas des résidents, 56,4% des résidents étaient des femmes en 2009, mais 76% des requérants étaient des femmes.

4.1.8.4 Programme de suivi administratif des médecins ayant des problemes de sante physique ou mentale

Dès 1999, le Collège des médecins du Québec a instauré un Programme de suivi administratif des médecins présentant des problèmes de santé physique ou mentale susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine. Ce programme consiste en une surveillance de l'aptitude à exercer de ces médecins afin d'assurer la protection du public[74].

L'aptitude d'un médecin à exercer est évaluée de façon globale selon son état de santé, son niveau de compétence et son efficacité et son efficience cliniques.

Depuis 2001, le programme est sous la responsabilité de la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE). Le Collège souhaite ainsi transmettre un message positif aux médecins en difficulté. Le programme met l'accent sur la mise à jour des compétences et offre des activités de perfectionnement conçues en fonction des besoins particuliers de chacun[74].

Le programme de suivi administratif s'adresse aux médecins présentant une condition personnelle susceptible d'avoir un impact sur la qualité de leur exercice professionnel, notamment :

un problème de santé mentale ;

certaines conditions physiques ;

des toxicomanies, incluant l'alcoolisme ;

un risque de transmission d'une infection hématogène.

Peuvent faire appel à ce programme de suivi administratif :

Les médecins souffrant de problèmes de santé ;

Les collègues qui souhaitent y diriger un pair ;

Les dirigeants des établissements de santé ;

Les directions du Collège ayant identifié des médecins dont la vulnérabilité est susceptible d'avoir un impact sur leur exercice.

Le suivi d'un médecin dure en moyenne deux ans, mais il peut être adapté à l'évolution de sa condition médicale. Avant que toute démarche soit entamée, le médecin soumis à un suivi administratif signe un consentement afin d'autoriser le Collège à demander à son ou à ses thérapeutes des rapports périodiques sur son état de santé[74].

Durant le suivi, le responsable du programme a notamment pour rôle :

d'obtenir des rapports périodiques portant sur l'évolution de l'état de santé du médecin concerné, son aptitude à exercer ainsi que les limitations ou les restrictions recommandées ;

de s'assurer du respect des recommandations ;

de veiller à l'évaluation du risque de transmission d'infections hématogènes ;

de mettre sur pied des activités de perfectionnement en fonction des besoins particuliers du médecin inscrit au programme.

Il est important de différencier le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) et l'intégration, au sein des activités du Collège des médecins du Québec, d'un programme de suivi administratif des médecins présentant un état incompatible avec l'exercice de leur profession. Le programme de suivi administratif vise la protection du public alors que le PAMQ offre du soutien aux médecins en difficulté.

Le Collège et le PAMQ ont précisé leur relation dans une entente qui assure à la fois la protection du public et celle des médecins en difficulté. Afin de respecter les droits de chacun des acteurs de la relation patient-médecin, ils se sont fixé trois objectifs :

respecter le droit des médecins à leur vie privée, et leur assurer la confidentialité à laquelle ils ont droit ;

préserver la relation, ou l'alliance thérapeutique, entre le médecin-patient et le médecin traitant ;

assurer la protection du public.

Cette entente ne concerne qu'un très petit nombre de médecins devenus inaptes à exercer leur profession en raison d'une maladie physique ou mentale, d'une toxicomanie, et qui refusent de cesser temporairement leur pratique. Selon l'approche concertée établie dans cette entente, le PAMQ veille au suivi médico-administratif des médecins en difficulté alors que le Collège s'assure de la qualité de l'exercice par l'encadrement professionnel (restriction ou limitation du droit d'exercice recommandées par le médecin traitant, intervention pédagogique, etc.).

Dans une intervention auprès d'un médecin qui le consulte, le PAMQ a pour objectif principal de chercher toutes les options pouvant aider celui-ci à surmonter ses difficultés, particulièrement celles qui sont liées à sa santé mentale ou à la consommation de substances. Grâce à l'aide apportée, il est généralement possible d'éviter de signaler le cas au Collège. De façon exceptionnelle, il arrive qu'un médecin du PAMQ entretienne des doutes sérieux sur l'aptitude d'un confrère à exercer pour cause de maladie ou de toxicomanie mais que ce dernier refuse de cesser d'exercer sa profession jusqu'à l'évaluation médicale. Dans ce cas, en dernier recours, le médecin du PAMQ se voit dans l'obligation, pour la protection de ce médecin et de ses patients, de le signaler au Collège, comme le stipule l'article 119 du Code de déontologie.

4.2 TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

Tableau 7. Structures de prise en charge des médecins en souffrance, par pays (France, Suisse, Canada, Australie)

	France	**Suisse**	**Canada - PAMQ**	**Australie**
Nom et acronyme du programme	Plate-forme d'écoute AAPML/PSYA	ReMed : Rete Medicorum (réseau des médecins)	PAMQ : Programme d'aide aux médecins du Québec	VDHP : Victorian Doctors Health Program (Programme de Santé pour les Médecins de Victoria)
Initiateur	AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) et PSYA (entreprise spécialisée dans l'assistance psychologique)	Fédération des Médecins suisses (FMH)	Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC), Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ)	Commission médicale des praticiens en médecine de Victoria (the Medical Practitioners Board of Victoria) et Association des médecins australiens de Victoria (the Australian Medical Association Victoria)
Promotif / préventif / Curatif (ambulatoire et/ou institu-tionnel)	Curatif ambulatoire	Promotif Préventif Curatif ambulatoire	Promotif Préventif Curatif ambulatoire	Préventif Curatif ambulatoire (réfère vers une prise en charge institutionnelle)
Date de mise en œuvre	2005	2007 – 2009	1990	Créé en novembre 2000 - Fonctionnel depuis mai 2001
Population concernée	Territoire : Ile-de-France Groupe professionnel : médecins libéraux (n = 25 000) Pathologies/caractéristiques visées : problèmes psychologiques liés directement ou indirectement à l'exercice de la profession	Territoire : deux cantons (Thurgovie et Neuchâtel) Groupe professionnel : médecins affiliés à la FMH Pathologies/caractéristiques visées : l'épuisement professionnel, les problèmes psychiques (dépression, risque de suicide, traumatismes secondaires), les problèmes de dépendance (alcool, médicaments), les abus sexuels, le manque de compétences professionnelles ou sociales	Territoire : province du Québec Groupe professionnel : médecins, résidents et étudiants en médecine (et membres de leur famille immédiate) Pathologies/caractéristiques visées : toutes difficultés d'ordre professionnel ou personnel	Territoire : province Victoria Groupe professionnel : médecins, étudiants en médecine, médecins des territoires d'outre-mer, quelle que soit leur spécialité (incluant les chercheurs et les académiques). Pathologies/caractéristiques visées : problèmes psychologiques liés directement ou indirectement à l'exercice de la profession

	France	Suisse	Canada - PAMQ	Australie
Objectifs	Objectif final : Améliorer la qualité des soins de ville et les pratiques professionnelles Objectifs intermédiaires : Permettre une prise en charge des médecins en situation de détresse psychologique Prévenir l'arrêt de l'activité et le suicide des médecins en burnout Améliorer la relation médecin-patient et la capacité d'écoute empathique des médecins Optimiser la performance des soins en soulageant le soignant de ses propres problèmes Parvenir à une diminution du coût du mal-être de certains soignants	Objectif final: - Garantir des soins médicaux sûrs et de qualité élevée pour la population. Objectif intermédiaire: Maintenir la capacité fonctionnelle des médecins et minimiser les risques liés à la profession médicale Objectifs détaillés: Informer les médecins et leurs partenaires de l'offre de ReMed Donner aux médecins des informations sur la prévention et la promotion de la santé Engager les médecins à prendre conscience des risques liés à l'exercice de leur profession et à maintenir leur capacité fonctionnelle Inciter les médecins à prendre contact avec ReMed lors de situations de stress Offrir, sur demande, une assistance ciblée aux médecins et les mettre en contact avec des offres existantes Inviter des organisations partenaires à travailler avec ReMed Elaborer d'un commun accord des mesures visant une réintégration réussie	Objectifs : Venir en aide aux professionnels (et à leur famille) qui ont des problèmes de santé mentale, de consommation inappropriée ou abusive d'alcool, de médicaments psychotropes ou de drogues illégales, ou d'inconduite sexuelle dans la relation entre médecin et patient. Etablir des 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 Favoriser la recherche dans ces domaines	Objectif final : Obtenir le rétablissement, l'abstinence, le retour au travail et une bonne qualité de vie. Toutefois, une réduction substantielle de la consommation est considérée comme un succès acceptable. Objectifs intermédiaires: Encourager le développement et faciliter l'accès à des services d'éducation et de prévention, d'intervention précoce, de traitement et de réadaptation Encourager et soutenir la recherche dans la prévention et la gestion des pathologies Faciliter l'identification précoce et l'intervention rapide auprès des médecins malades et à risque d'incapacité Agir comme un référent et un coordinateur pour faciliter l'accès aux services de support appropriés pour les médecins et leurs familles Assurer l'accès à une réadaptation de qualité et encourager la formation et la réinsertion professionnelle

	France	Suisse	Canada - PAMQ	Australie
Dispositif	Assistance psychologique par téléphone, anonyme et confidentielle Appel téléphonique 24h/24, 7j/7 Dispositif d'urgence si risque de suicide ou danger pour l'entourage	L'offre de ReMed comporte quatre éléments: - Dissémination des connaissances et des expériences relatives à la prévention et au support - Mentorat – Sensibilisation : offre la plus restreinte, sur initiative du demandeur. Recherche de conseils et d'accompagnement. Aucun contrôle de l'atteinte des objectifs. - Coaching – Accompagnement : initiative prise par ReMed pour les médecins qui nécessitent une intervention supplémentaire s'ils risquent de ne plus satisfaire aux exigences qualitatives de leur profession. Convention signée par le médecin prévoyant un contrôle externe des objectifs. - Evaluation – Intervention : ReMed soutient les médecins qui, en raison de doutes justifiés sur leur aptitude à exercer, risquent de perdre leur autorisation de pratique. ReMed fixe des objectifs individuels au médecins, les soutient (formation, suivi médical, développement des compétences). Un contrôle externe de l'atteinte des objectifs est envisagé.	Le PAMQ offre une prise en charge curative: entretien téléphonique et rencontre avec un médecin du PAMQ ; identification des problèmes et recherche de solutions ; formulation d'un plan d'action ; détermination des ressources appropriées aux fins d'évaluation et de traitement ; soutien tout au long de la démarche ; réinsertion sociale et professionnelle suivi périodique par un médecin du PAMQ jusqu'à rétablissement ; rôle d'intercession. Le PAMQ joue un rôle préventif : promotion des pratiques visant le mieux-être des médecins (cours, conférences, stands d'information tenus à l'occasion de congrès médicaux). développement d'ateliers sur la santé des médecins: la fatigue en pratique médicale ; les périls du perfectionnisme ; la gestion du stress ; la carrière en évolution ; survivre aux erreurs et aux plaintes	Le VDHP offre une prise en charge globale: intervention initiale : obtenir de plus amples informations et diriger le médecin vers une évaluation ; évaluation par le VDHP ; orientation vers un spécialiste pour bénéficier d'une évaluation approfondie et d'un traitement ; gestion de la situation (suivi et aide concrète pour faciliter le retour au travail si nécessaire) ; monitoring de la consommation d'alcool et de drogues, du comportement et du contexte de travail ; défense des intérêts du médecin ou de l'étudiant sur son lieu de travail ou devant les tribunaux; soutien familial au travers de séances de conseil, incluant la thérapie de groupe ; assistance pour faciliter le retour au travail et le développement d'un programme structuré de réinsertion professionnelle ; suivi (sans limite de durée) grâce à des contacts périodiques pour évaluer l'observance et l'efficacité de la thérapie.

	France	Suisse	Canada - PAMQ	Australie
Structure d'appui	PSYA est une entreprise spécialisée dans l'assistance psychologique : psychologues cliniciens (bac+5, DESS de psychologie clinique et pathologique), tous formés au soutien et à l'accompagnement par téléphone	La direction nationale de ReMed, qui est l'organe de contact, s'occupe de la mise en réseau, du recrutement et de la formation de mentors et de coachs. Les directions cantonales de ReMed offrent le soutien nécessaire au niveau de la région. Les Comités des sociétés cantonales de médecine sont représentés au sein des directions cantonales de ReMed.	L'équipe du PAMQ compte : 7 médecins conseils (2,5 ETP) 5 médecins-collaborateurs (conférences, recherche, représentation, sensibilisation de la communauté médicale) une équipe de médecins et professionnels ressources (omnipraticiens, psychiatres, psychologues, médiateurs, comptables, avocats et autres spécialistes et conseillers) 4 employés à temps plein : un directeur de l'administration, une directrice des communications et deux secrétaires administratives.	Gestion du programme : un directeur médical ayant une expertise en gestion des addictions à l'alcool et aux drogues et une expérience des programmes nord-américains de santé pour médecins (0.8 ETP), un administrateur (1 ETP) et un psychologue (1 ETP). Le VDHP a développé un important réseau de médecins généralistes, de psychiatres et de psychologues auxquels il peut faire appel. Une convention a été établie avec un hôpital psychiatrique privé vers qui le VDHP peut référer le participant et faciliter son admission si nécessaire.
Respect de l'anonymat	Garanti par le dispositif : un numéro est attribué au médecin appelant qui souhaite maintenir cet anonymat Garanti par le respect du secret médical	Le secret médical est garanti et l'anonymat complet aussi. ReMed n'a pas de compétences d'investigation ni de sanction. Lorsque la capacité fonctionnelle du médecin est fortement limitée et que la sécurité des patients est compromise, une annonce est faite à l'autorité cantonale de surveillance (rare)	Oui. Le PAMQ s'engage à respecter le droit des médecins à leur vie privée, soit assurer aux médecins en difficulté la confidentialité à laquelle ils ont droit au même titre que tout autre patient. Même si le Collège des médecins a un droit d'accès aux dossiers médicaux des médecins, notamment en cas de plainte, le PAMQ a obtenu que ses médecins conseils ne soient pas soumis à cette règle pour préserver la confidentialité. Est différent du programme administratif de suivi des médecins, sous la responsabilité de la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE).	Le VDHP doit notifier à la Commission médicale les participants qui, en raison de leur condition ou de leur état de santé, peuvent constituer un risque pour le public. Cette notification n'est obligatoire que dans les provinces Victoria et South Australia.

	France	Suisse	Canada - PAMQ	Australie
Financement	Projet pilote : Subventions obtenues par l'AAPML auprès du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville d'Ile-de-France (FAQSV). Budget annuel : 273 450 euros En 2009 : Subventions : 157 650 euros Dépenses : 142 724 euros	L'ensemble des coûts administratifs de ReMed est couvert par l'Association Médicale Suisse (FMH). Le budget envisagé pour les années futures évolue de 121 000 à 129 000 euros entre 2011 et 2015 (incluant une évaluation planifiée en 2014). Dans le cas d'une évaluation complète, le médecin requérant contribuera à couvrir les coûts à hauteur de 8% de ses revenus annuels après taxation.	Le PAMQ est une ASBL. Sur un budget total de 750 000 euros, les principaux subventionnaires sont les fédérations médicales (66%), la Fondation du PAMQ (20%) et le Collège des médecins (8%). Différentes activités sont organisées afin de soutenir financièrement la Fondation (ex. Tournoi de golf des fédérations médicales, dons In Memoriam, représentation auprès d'entreprises préoccupées par la santé des médecins).	Le programme est entièrement financé par la Commission médicale des praticiens en médecine de Victoria mais reste indépendant de cette commission. Les montants ne sont pas rapportés
Modalités d'adhésion et d'exclusion des bénéficiaires	Libre choix du « médecin-patient » d'adhérer ou de se retirer du programme de soutien : appel volontaire.	Le médecin fait appel de sa propre initiative au programme ou ReMed prend contact avec des médecins dont le dysfonctionnement est constaté par les proches, des collègues, des patients, des médecins d'assurances ou des offices de médiation.	Adhésion sur base volontaire (92% des cas) ou par obligation (8%).	Les médecins peuvent spontanément faire appel au VDHP ou être référés par un membre de leur famille, un collègue, un superviseur ou par la Commission Médicale compétente. Durant la prise en charge des dépendances/addictions, les participants doivent interrompre leur activité professionnelle et ne la reprendront que lorsque leur condition est considérée comme stable et sans danger. Le non-respect de ces conventions amène l'exclusion du participant. Cette exclusion est notifiée à la Commission médicale qui ôte l'autorisation de pratique du médecin concerné.

	France	Suisse	Canada - PAMQ	Australie
Principaux problèmes traités	Problèmes professionnels : culpabilité ressentie suite à une erreur de diagnostic, à une erreur médicale ou à l'annonce d'une maladie grave, isolement psychologique, difficulté de parler de la mort avec les collègues, gestion du risque pour les patients et pour eux-mêmes Problèmes psychologiques : anxiété, dépression, idées suicidaires, alcoolisme	Troubles de la santé mentale : épuisement professionnel, dépression, troubles hyperactifs avec déficit d'attention, tendance suicidaire, troubles du sommeil, problèmes de couple et relationnels, abus de substances / dépendances Difficultés d'ordre professionnel : conflits de rôles, inconduite sexuelle, menaces et harcèlement moral, violence, procédures judiciaires (responsabilité civile, droit pénal).	Troubles de la santé mentale : épuisement professionnel, anxiété, stress aigu ou état de stress post-traumatique, dépression, maladie bipolaire, trouble obsessif compulsif, déficit de l'attention, trouble de conduite alimentaire, abus de substances / dépendances, problèmes familiaux, conjugaux Difficultés d'ordre professionnel : plainte ou poursuite juridique / enquête professionnelle, échecs ou difficultés académiques, harcèlement ou intimidation, inconduite professionnelle, problèmes liés au vieillissement ou à la retraite, réorientation de carrière	Problèmes d'alcool ou de drogue, problèmes psychiatriques, problèmes émotionnels ou liés au stress. Plus rarement : pathologie mentale (dépression, troubles de la personnalité, affections bipolaires, harcèlement sexuel, psychose)
Organisation de prise en charge des bénéficiaires	Lors du premier appel, un numéro d'entretien est communiqué à l'appelant. Ce numéro lui sera demandé lors de ses appels ultérieurs éventuels. Le médecin peut s'entretenir au maximum 5 fois par téléphone avec un psychologue du réseau. Si l'état du médecin nécessite une prise en charge psychologique plus poussée, il est adressé vers un psychologue ou toute autre structure ou réseau proposant une prise en charge adaptée.	Premier contact par téléphone, par e-mail ou par internet. Suite à la prise de contact, ReMed rappelle dans les 72 heures le médecin en situation difficile et discute avec lui de la situation et des mesures à prendre. Pour chaque étape, ReMed propose l'aide de professionnels exerçant dans la région.	Premier contact par téléphone ou sur rendez-vous (1h30 à 2h) afin de cerner les problèmes et identifier les ressources utiles pour y faire face. 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 de toxicologie pour la prise en charge des addictions. Orientation vers un conseiller en endettement ou un soutien juridique pour résoudre des problèmes socio-économiques ou juridiques.	Premier contact téléphonique avec le VDHP pour présenter la situation. La gestion des situations de stress et d'épuisement fait appel à un psychologue ou un psychiatre. Les personnes présentant des addictions sont référées au CAMP (Case Management, Aftercare and Monitoring Program) et doivent consulter un médecin généraliste, et un spécialiste des addictions, voire un psychiatre. Séances de groupe supervisées par des spécialistes des addictions, i.e. un groupe de support (groupe Caducée) et/ou des groupes de soutien mutuel (tels que les alcooliques anonymes ou les narcotiques anonymes). L'auto-médication est interdite et surveillée (dosage urinaire et tests respiratoires).

	France	Suisse	Canada - PAMQ	Australie
Evaluation	Entre le 1er juin 2005 et le 31 décembre 2009 : 833 appels enregistrés Moyenne annuelle : 110 appels (augmente avec l'extension du dispositif à d'autres régions) Une évaluation de ce dispositif est en cours avec un questionnaire de satisfaction en ligne (résultats attendus en juillet)	Après 1 an de fonctionnement dans deux cantons, 21 personnes ont fait appel au programme	En 18 années de fonctionnement, 4 056 demandes d'aide ont été enregistrées par le PAMQ. Les demandes de recours au programme ont doublé ces 5 dernières années, pour atteindre 450 demandes par an. Les médecins généralistes sont les plus nombreux à requérir de l'aide auprès du PAMQ. Toutefois les demandes d'aide des médecins spécialistes et des résidents sont en constante augmentation	En 3 années de fonctionnement, 438 contacts ont été enregistrés, soit 146 demandes par an.
Succès / Difficultés	Facteurs de succès : séances de formation à l'attention des psychologues de PSYA dans le but de "contextualiser" le métier de médecin libéral; sensibilisation de l'équipe des psychologues aux particularités de l'activité professionnelle des médecins libéraux soutien du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et des Unions Régionales de Médecine Libérale	Facteurs de succès : Préparation à la mise en place du programme : collaboration avec la SSMG Etude de faisabilité conduite par l'Université de Zurich (offres disponibles, souhaits et attentes, chances de réalisation) Projet pilote dans deux cantons avant extension Séparation stricte entre accompagnement et évaluation Difficultés rencontrées : Obligation de la législation cantonale à dénoncer les délits aux autorités : en contradiction avec le souhait de respect de l'anonymat de ReMed Faible implication des associations médicales régionales (cantonales)	Difficultés rencontrées : L'augmentation des demandes d'aide et la complexité des cas ralentit les activités de prévention et de recherche pour consacrer les ressources aux interventions	

	France	Suisse	Canada - PAMQ	Australie
Extension du dispositif	Groupes professionnels : En 2007, le service d'écoute a été étendu aux chirurgiens-dentistes Extension envisagée à l'ensemble des professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes...). Territoire : Extension aux médecins libéraux d'autres régions françaises (6 régions en 2010)	Territoire : Extension à l'ensemble de la Suisse	Territoire : Ce programme trouve son équivalent dans chacune des provinces.	

Tableau 8. Structures de prise en charge des médecins en souffrance, par pays (Espagne, Norvège, Irlande, Royaume-Uni)

	Espagne	Norvège	Irlande	Royaume Uni - PHP
Nom et acronyme du programme	PAIMM : Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade	Villa Sana	HIPP: The Health in Practice Programme	PHP : Physician Health Program
Initiateur	Ordre des Médecins de Barcelone Département de Santé et Sécurité Sociale de la Generalitat de Catalogne Service Catalan de Santé	Association Médicale Norvégienne (NMA)	ICGP : Irish College of general Practitioners	National Health Services (NHS)
Date de mise en œuvre	Créé en 1998 Mis en œuvre en 2001	1998	2000	2008
Promotif / préventif / Curatif (ambulatoire et/ou institu-tionnel)	Curatif ambulatoire Curatif institutionnel	Préventif Institutionnel (référence possible vers une prise en charge curative institutionnelle)	Promotif Préventif Curatif	Curatif ambulatoire Curatif institutionnel
Population concernée	Médecins du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier	Médecins, quelle que soit leur spécialité (médecine générale, médecine spécialisée, chirurgie, psychiatrie, santé publique et médecine de laboratoire).	Médecins généralistes et membres de leur famille, étudiants en médecine, autres groupes professionnels médicaux pour l'Irlande	Médecins et dentistes établis ou pratiquant à Londres Des conseils téléphoniques peuvent être prodigués aux membres de leur famille, amis et collègues, services de médecine du travail et employeurs.
Objectifs	Assister les médecins qui présentent des problèmes psychiques et/ou des comportements de dépendance Assurer à ces confrères des traitements adéquats, afin qu'ils puissent exercer la médecine dans les meilleures conditions possibles Garantir une facilité d'accès aux soins pour les médecins, le droit à la confidentialité et le développement de la recherche en matière de santé mentale en relation avec les	Le programme est préventif et n'apporte pas d'intervention clinique. Il vise à : Améliorer la santé et la qualité de vie des médecins Renforcer l'identité et la conscience professionnelle Prévenir l'épuisement professionnel	Le programme vise à : Promouvoir et assurer une bonne santé physique, psychologique, la santé au travail et le bien-être Maintenir les médecins en santé, améliorer leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes, délivrer les soins nécessaires et soutenir les médecins malades	Le programme vise à : Apporter un point de contact par téléphone ou par e-mail, assurer un service de support professionnel par téléphone et via un site internet, des consultations face-à-face et une fonction de gestion des cas Référer les médecins demandeurs vers des dispensateurs de soins dans le PHP2, assurant un accès rapide à des spécialistes pour une évaluation approfondie et un traitement si

	Espagne	Norvège	Irlande	Royaume Uni - PHP
	conditions de travail du corps médical Favoriser la réhabilitation des professionnels			nécessaire, incluant un accès immédiat à des structures de prise en charge ambulatoire ou d'hospitalisation si nécessaire Assurer une fonction de gestion de cas, incluant support et suivi des praticiens qui présentent des problèmes de santé mentale ou des addictions
Dispositif	La Fondation Galatea assure la gestion du PAIMM et analyse les situations liées à la santé du médecin et des autres professionnels de santé. Elle a développé des programmes curatifs tels le PAIMM. Le PAIMM est un programme complet qui offre au médecin malade différents services : - Assistance sanitaire - Attention sociale : compensation financière pour pallier l'arrêt de l'activité et la perte de revenu - Support légal - Assistance en matière de travail : formation continue supervisée par un tuteur, recherche de nouvelles opportunités d'emploi Des programmes préventifs : Santé des médecins à la retraite Santé des médecins résidents Prévention et soins du burnout Santé, genre et pratique professionnelle Santé des étudiants en médecine Santé des infirmières	Le programme propose deux types d'intervention : une journée d'assistance avec un seul conseiller si le médecin consulte seul, ou deux conseillers si le médecin est accompagné de son conjoint (ou partenaire). un séjour de 5 jours, pour des groupes de 8 participants individuels ou quatre couples. Le programme inclut des conférences quotidiennes, des groupes de discussion et de l'activité physique. Une session d'assistance individuelle est proposée durant la semaine.	Le programme propose trois types d'intervention : Le soutien grâce à un réseau organisé : Quatre groupes de professionnels de la santé (MGs, médecins du travail, psychiatres, consultants) ont été constitués et formés pour délivrer soins et support à d'autres médecins. Ils exercent leur activité à titre d'indépendants, délivrent leurs avis de façon anonyme et assurent un support par les pairs. Le programme assure le recueil et la diffusion de toutes les informations relatives à la santé au travail et à la santé personnelle aux médecins généralistes et aux médecins en formation lors d'une demande spécifique ou par le biais de conférences, présentations, publications, réunions facultaires et sur le site internet du Collège des médecins Le Service d'éducation et d'information. La ligne d'aide (helpline)	Une commission spécialisée (The London Specialised Commissioning Group – LSCG) assure la gestion du programme, conjointement avec le Service d'Evaluation Clinique National (The National Clinical Assessment Service - NCAS). Deux programmes sont proposés : PHP1 : l'équipe 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 PHP2 : si un traitement psychologique plus intense doit être proposé, le médecin requérant peut être référé à des cliniciens spécialisés dans les interventions psychothérapeutiques
Structure d'appui	Une unité clinique organisée pour permettre l'hospitalisation, l'hospitalisation de jour et la prise	Villa Sana est hébergée dans une clinique privée (Modum Bad), à une centaine de kilomètres	Le programme HIPP a développé des réseaux étendus de soutien : un réseau de 52 MGs : un généraliste pour un	Le Groupe Hurley est responsable du PHP1 Il est composé de médecins

	Espagne	Norvège	Irlande	Royaume Uni - PHP
	en charge ambulatoire Hospitalisation : 13 chambres individuelles et services accessibles (gymnase, coiffure, podologie, massages) L'équipe d'assistance, dirigée par trois psychiatres est formée par 7 psychiatres, 1 consultant en médecine interne, 4 psychologues, 1 infirmière de coordination et 4 infirmières diplômées. Prise en charge ambulatoire : collaboration étroite entre l'équipe du PAIMM et les professionnels de toutes les régions d'Espagne	d'Oslo. Il s'agit d'une maison conçue spécifiquement pour répondre aux besoins du programme et offrant toutes les facilités aux participants (cuisine, salons, bibliothèque, chambres avec bains).	généraliste un réseau de 21 médecins du travail : pour donner des avis sur les pathologies professionnelles, sur le retour au travail après un arrêt pour maladie, … un réseau de 13 psychiatres : délivre des avis et assure les traitements un réseau de 34 consultants (incluant des psychologues et des psychothérapeutes) : propose des solutions, développe les compétences de gestion et les ressources de coping en vue de résoudre les problèmes personnels et professionnels La fondation d'aide aux médecins malades (Sick Doctors Scheme) Fondation constituée des représentants de 4 organisations : l'Organisation médicale irlandaise ; le Collège irlandais des médecins généralistes, le Collège irlandais des psychiatres et l'Association des épouses de médecins. Cette fondation soutient, financièrement et pratiquement, les médecins qui souffrent d'addictions, en vue de se faire soigner activement dans des unités spécialisées	généralistes et d'infirmières ayant une expertise en santé mentale et en addictions et une expérience dans la prise en charge des médecins. L'équipe étendue compte aussi des psychiatres, des thérapeutes cognitivo-comportementalistes et des médecins du travail Les services spécialisés (PHP2) sont délivrés par des médecins spécifiquement choisis et appartenant à des groupes, tels que The South London and Maudsley NHS Foundation Trust; Capio-Nightingale; The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. De plus des services d'hospitalisation sont assurés au Clouds House. Dans certaines circonstances particulières, les médecins requérants peuvent être référés à d'autres professionnels que ceux de cette liste.
Respect de l'anonymat	Assuré grâce à une fausse identification. Si non respect du contrat thérapeutique, le médecin thérapeute doit informer le Secrétaire de l'Ordre de Médecins et renoncer à traiter le médecin malade.	Oui ; aucun rapport n'est fait à l'intention d'une instance de régulation.	Toutes les requêtes sont traitées de manière confidentielle. L'appelant ne doit communiquer ni son âge, ni son sexe, ni son lieu de résidence.	Lorsque les praticiens prennent contact eux-mêmes avec le PHP1 pour des conseils ou une prise en charge, ceux-ci sont délivrés en toute confidentialité, sans rapport à une agence externe à condition que la sécurité de leurs patients ne soit pas compromise. Aucune communication de leur situation ne sera assurée avec une instance de régulation, les Royal Colleges, le NCAS (National Clinical Assessment Service), le décanat ou autre à moins que le médecin requérant y consente.

	Espagne	Norvège	Irlande	Royaume Uni - PHP
				Dans les cas rares, où le médecin ne se conforme pas aux avis formulés pour prendre leurs problèmes de santé en charge et que leur condition semble représenter un risque pour leurs patients, le PHP1 a la responsabilité d'agir, et d'en aviser l'organisation qui emploie ce médecin afin de restreindre sa pratique et de le référer auprès du GMC/GDC.
Financement	Le PAIMM est financé par le Département de la Santé de Catalogne à hauteur de 360 000 euros par année et par les 4 associations médicales de Catalogne à hauteur de 57 000 euros par année. Des donateurs contribuent également au financement du programme (par exemple, Laboratoires Almirall, Glaxo-Smith-Kline, Merck-Sharp-Dohme). Le PAIMM est un programme gratuit pour les médecins de Catalogne et pour les médecins qui appartiennent à des Ordres professionnels, Communautés Autonomes, ou autres institutions qui se chargent des frais de leurs traitements et avec lesquels le PAIMM a établi des accords de collaboration.	L'association Médicale Norvégienne couvre toutes les dépenses, incluant les coûts des trajets, permettant aux médecins de toutes les régions de Norvège de recourir à Villa Sana	Le financement de la Fondation 'The Sick Doctor Scheme' est assuré par les 4 organisations constitutives et est complété par des donations et des investissements.	Le PHP est financé par le Département de la santé.
Modalités d'adhésion et d'exclusion des bénéficiaires	Trois modalités d'accès : Le médecin malade fait appel, de sa propre initiative ou conseillé par un confrère ; Un confrère remet un rapport confidentiel au secrétaire de l'Ordre des Médecins pour signaler un	Les médecins peuvent contacter directement Villa Sana par téléphone, par courrier ou par e-mail en vue d'un rendez-vous, sans être référés par un professionnel. Tous les candidats sont acceptés, sauf lorsque les	Le médecin malade fait appel, de sa propre initiative au programme ou directement à un médecin du réseau.	Le médecin malade fait appel, de sa propre initiative au programme, par un appel téléphonique. Il ne doit pas s'identifier.

	Espagne	Norvège	Irlande	Royaume Uni - PHP
	problème de santé comportant un risque de mauvaise pratique (devoir déontologique). Il agira de cette manière si le médecin malade refuse de s'adresser à un service d'assistance spécialisé ; d'autres personnes peuvent référer le médecin au PAIMM (supérieur, amis, membres de la famille, représentants de l'autorité publique,…). Un rapport comportant des plaintes ou poursuites judiciaires entreprises par des patients qui font état d'une négligence médicale potentielle est déposé auprès de l'Ordre des Médecins. L'Ordre des Médecins a le droit d'appliquer des mesures coercitives telles que la suspension d'autorisation de pratiquer, si des plaintes directes ou des rapports confidentiels liés à l'addiction du médecin aux drogues lui parviennent, et ce jusqu'à ce que l'addiction soit traitée.	conditions médicales du requérant nécessitent un traitement médical immédiat (par exemple, risque de suicide ou crise psychotique).		
Principaux problèmes traités	Troubles mentaux, alcoolisme et addictions aux drogues (opiacés, benzodiazépines, amphétamines)	Problèmes de santé et de qualité de vie, épuisement professionnel, dépression, anxiété et pensées suicidaires, relations privées, conditions professionnelles et identité professionnelle.	Symptômes indiquant une maladie physique ou mentale, prévention des maladies et dépistage, gestion des pathologies chroniques, gestion des collègues qui présentent des problèmes.	Problèmes de santé mentale (affections bipolaires, dépression,…) ou addictions (quel que soit le niveau de sévérité) et/ou des problèmes de santé physique, en particulier s'ils ont un impact sur la performance du médecin. Les problèmes de santé chroniques (diabète, hypertension, affection cardiaque ou cancer) ne relèvent pas du programme mais bien du médecin généraliste. Le recours au PHP2 est nécessaire s'il s'agit d'évaluation

	Espagne	Norvège	Irlande	Royaume Uni - PHP
				complémentaire et/ou de traitements de problèmes liés au stress, au burnout, à des questions familiales ou de couple, à des problèmes de comportement, d'addiction aux drogues, à l'alcool ou au jeu.
Organisation de prise en charge des bénéficiaires	Le médecin compose un numéro unique d'appel 902 362 492. La prise en charge du patient est confidentielle (attribution d'un faux nom). Un rapport psychologique est rédigé utilisant les classifications DSM-IV et ICD-10. Pendant la première visite, un contrat thérapeutique est établi entre le médecin malade (qui accepte le plan de traitement et les contrôles) et le PAIMM (qui s'engage à offrir l'assistance et les services nécessaires pour obtenir une bonne récupération). Prise en charge hospitalière : examen physique et psychiatrique tests diagnostiques complémentaires (ECG, tests sanguins de routine, RX,…) évaluation psychométrique (incluant l'évaluation du burnout), soins infirmiers, thérapie individuelle/de groupe, formation aux aptitudes sociales, programme psycho-éducatif pour la prévention au stress, programme intensif visant les addictions, programme de fitness, La durée d'hospitalisation est de 15 à 20 jours pour des désintoxications	Après un contact par téléphone, par courrier ou par e-mail, le médecin requérant se voit proposer l'une ou l'autre des interventions suivantes une journée d'assistance avec un conseiller. La session dure 6-7 heures en présence d'un psychiatre ou d'un spécialiste en médecine du travail. Le médecin décrit sa situation et détaille les facteurs contextuels, liés au travail ou non. Le conseiller identifie les sources d'identité, d'estime de soi, et de confiance en soi et analyse les stratégies de gestion du stress (coping) en vue d'analyser la situation évoquée et de suggérer des pistes pour la prendre en charge (par exemple entreprendre un traitement médical incluant la psychothérapie). un programme, comportant un séjour de 5 jours, incluant des conférences quotidiennes (possibilités et contraintes dans la vie professionnelle, ressources individuelles et personnalité, concepts d'identité, de relations familiales, de communication, de travail en équipe et de prévention de l'épuisement	Les médecins font appel au programme de leur propre initiative (contact par téléphone, fax, courrier ou e-mail). Les demandes d'information sont traitées par le même canal ou par la présentation de programmes de promotion et de prévention en santé. Une liste des médecins appartenant aux réseaux de soutien est disponible sur le site internet de l'IGCP. Il est possible pour un médecin qui requiert un avis médical ou des soins de contacter directement un médecin du réseau, appartenant à cette liste, sans passer par une centrale d'appel.	Après la première prise de contact téléphonique en semaine et l'identification du problème qui amène le médecin à consulter, une consultation face-à-face sera planifiée (en semaine, le samedi matin, voire à domicile). Le médecin requérant pourra bénéficier de conseils professionnels, d'une évaluation au Riverside Medical Centre (examen physique complet, tests sanguins,…), de support par des pairs, d'évaluations spécifiques des problèmes d'addictions, voire d'hospitalisation si la situation le requiert. La prise en charge des consommations abusives d'alcool ou de drogues visera l'abstinence complète (cure de désintoxication, prévention des rechutes, thérapie cognitivo-comportementale) et sera organisée en ambulatoire ou en hospitalisation (Riverside Medical Centre). La prise en charge des affections mentales suit les guidelines édictés par NICE.

	Espagne	Norvège	Irlande	Royaume Uni - PHP
	sans complications ou plus pour des états plus complexes Prise en charge ambulatoire : évaluation psychiatrique et psychométrique (incluant l'évaluation du burnout), psychothérapie individuelle, suivi psychiatrique, thérapie de groupe pour la gestion des addictions, suivi de dépistage urinaire pour les addictions et une surveillance sur le lieu du travail (contrats de suivi).	professionnel), des groupes de discussion et de l'activité physique. Une session d'assistance individuelle est proposée durant la semaine. A la suite d'une conférence d'une durée de 90 minutes, des discussions de groupe sont basées sur les expériences personnelles des participants (90 minutes). Les participants peuvent ensuite entreprendre une activité physique (75 à 360 minutes) et une séance de conseil individuelle (60 minutes) au cours de la semaine.		
Evaluation	Après 7 années de fonctionnement : 1 375 médecins malades ont été pris en charge par le PAIMM ; plus de 93% des requérants ont fait appel sur base volontaire ; 696 médecins ont été admis en unité clinique ; les généralistes et les psychiatres sont les plus nombreux (respectivement 41% et 11%) ; les médecins restent en moyenne dans le programme pendant 2 ans et 9 mois. 79.5% des médecins traités poursuivent leur pratique médicale au cours du traitement ou reprennent leur activité à la fin de la prise en charge ; 7.6% des médecins sont incapables de reprendre leur activité antérieure en raison de leur état de santé ; 4.4% ont pris leur retraite en cours de suivi et 5% étaient sans emploi. Tous les patients qui ont signé un contrat	Après 3 années de fonctionnement : 238 médecins ont eu recours à Villa sana Une étude scientifique avec suivi à 1 an et à 3 ans rapporte une réduction substantielle du stress, de l'épuisement émotionnel et du nombre de semaines en incapacité de travail	Un audit annuel est réalisé au sein des réseaux de soutien, pour évaluer l'intensité de leur activité (nombre d'appels, nombre de consultations, types de consultations [dermatologie, cardiologie, santé mentale…]) Aucun résultat n'est communiqué	Une évaluation de la performance du programme a permis de mettre en évidence les principaux résultats identifiés en 12 mois : Amélioration significative de la santé mentale et du fonctionnement social des médecins requérants Retour au travail d'un nombre important de praticiens (46% des médecins requérants ne travaillaient plus et sont retournés au travail après la prise en charge du PHP) Performance élevée du programme par rapport aux attentes (respect du budget, rencontre des indicateurs de performance, prise en charge de nombreux praticiens) Les pistes d'amélioration suivantes sont proposées : Améliorer les liens avec la médecine du travail Optimaliser le bouche-à-oreille pour faire connaître le programme

	Espagne	Norvège	Irlande	Royaume Uni - PHP
	thérapeutique sont retournés au travail.			aux groupes-cibles Améliorer la communication avec les utilisateurs depuis la première prise de contact jusqu'au départ du programme Proposer une information sur mesure aux groupes cibles Clarifier le processus qui conduit à référer le médecin vers d'autres structures de prise en charge
Succès / Difficultés	Facteurs de succès : Respect de la confidentialité ; Organisation de programmes spécifiques pour les médecins ; Promotion de la participation active des associations médicales dans le suivi de l'exercice des médecins malades ; Utilisation du contrat thérapeutique entre le médecin malade, le médecin responsable du traitement et l'association médicale ; Obtention de budgets publics pour le financement du programme ; Délivrance de traitements spécialisés incluant des soins ambulatoires intenses et fréquents, des contrôles périodiques, mais aussi, quand c'est nécessaire, une hospitalisation. Acceptation du programme par les syndicats professionnels qui considèrent que le programme est une très bonne initiative des Ordres des médecins de Catalogne et du Gouvernement catalan. Principale difficulté : Craintes des médecins liées à l'anonymat/confidentialité, la stigmatisation, la perte d'emploi et	Facteurs de succès : Préparation à la mise en place du programme Soutien de l'Association Médicale Norvégienne	Difficultés : Déni des médecins face à leurs symptômes Réticence des médecins à faire appel à des structures d'aide Autodiagnostic, automédication, auto-suivi des médecins sans référer à d'autres professionnels Difficultés de délivrer des soins à des professionnels qualifiés en médecine	Les forces principales du programme ont été identifiées : Comble le vide dans la provision des services Equipe hautement qualifiée Indépendance entre les structures médicales et les instances de régulation Réponse rapide aux problèmes (endéans les 48h) Flexibilité des rendez-vous Etendue des services offerts Approche personnalisée

	Espagne	Norvège	Irlande	Royaume Uni - PHP
	de revenu, l'inadéquation des structures de prise en charge			
Extension du dispositif	Groupes professionnels Le PAIMM a collaboré à la création du Programa RETORN, proposé par l'Ordre Officiel des Infirmières de Barcelone à ses membres. D'autres extensions sont envisagées à l'égard des odontologues et pharmaciens. Territoire Les ordres médicaux des régions de Cordoue, Cadix, des Iles Baléares et de Navarre développent à leur tour des PAIMMs sur leur territoire Le PAIMM souhaite étendre la couverture de son programme au Portugal, au sud de la France et à certaines régions d'Italie en vue de couvrir 150 000 – 200 000 médecins.	Groupes professionnels L'Association Norvégienne des Infirmières a également signé une convention avec le centre en 2001. Les infirmières peuvent donc bénéficier du programme au même titre que les médecins.	Non planifiée	Programme pilote de 2 ans ayant débuté en 2008 à Londres Territoire Extension à la région londonienne

Tableau 9. Structures de prise en charge des médecins en souffrance, par pays (Royaume-Uni, Canada)

	Royaume Uni -ISP	**Royaume-Uni – Doctors for Doctors**	**Canada - Ontario Physician Health Program**	**Canada - Alberta Physician and Family Support Program**
Nom et acronyme du programme	Individual Support Programme (ISP)	Doctors for doctors	Ontario Physician Health Program	Alberta Physician and Family Support Program
Initiateur	School of Medicine at Cardiff University	BMA	OMA	AMA
Date de mise en œuvre	2001	?	1995	2000
Promotif / préventif / Curatif (ambulatoire et/ou institu-tionnel)	Préventif	Conseil	Promotif et préventif Spécialisé dans les contrats thérapeutiques Réfère pour le curatif	Essentiellement promotif mais agit aux trois niveaux Sans contrat thérapeutique
Population concernée	Médecins et étudiants en médecine du Royaume-Uni (Angleterre, Pays de Galles et Ecosse)	Médecins et étudiants en médecine	Médecins, vétérinaires et pharmaciens (incluant les étudiants)	Médecins (et étudiants) et leur famille
Objectifs	Soutenir les médecins qui craignent de ne pas être performants dans les aspects non-cliniques de leur activité, en offrant une évaluation et une remédiation	Apporter aide et soutien aux médecins et étudiants en médecine qui se sentent en difficulté en leur accordant un espace de parole ou en les référant à des organisations plus appropriées	Gestion de cas des médecins présentant des problèmes de toxicomanie et des problèmes psychiatriques. Offre de services variée.	Prévention précoce Support aux familles

	Royaume Uni -ISP	Royaume-Uni – Doctors for Doctors	Canada - Ontario Physician Health Program	Canada - Alberta Physician and Family Support Program
Dispositif	Le service propose une évaluation des besoins et une remédiation structurée. Il s'appuie sur les méthodes de changement de comportement (modèle bio-psycho-social de la réadaptation). La remédiation s'appuie sur les forces présentes et développe les capacités de communication et de gestion ; elle peut inclure du coaching, des jeux de rôle, la rétro-information par vidéo ou de simulations de consultations avec des acteurs. Les méthodes utilisées varient selon les besoins individuels, la personnalité et le style d'apprentissage. Un plan détaillé d'évolution peut être proposé avec les ajustements nécessaires, en étroite collaboration avec les doyens et les associations professionnelles. Un service de prévention et de formation est aussi disponible online pour les superviseurs éducatifs, en vue de les aider à gérer leur performance. Des formations face-à-face sont aussi proposées pour les médecins qui éprouvent des difficultés liées à leur performance.	Le service de conseil du BMA Le service propose un soutien fourni par des conseillers spécialisés. Les médecins peuvent appeler autant de fois qu'ils le souhaitent L'unité 'Doctors for doctors' Le service de médecins-conseils permet de contacter un autre médecin en vue d'avoir une prise en charge holistique d'une situation difficile ; 25 médecins conseils sont disponibles.	Basé sur le modèle américain des PHP, la gestion des cas est un contrat thérapeutique passé entre le médecin malade et le PHP. Il suppose une évaluation en amont et un suivi en aval s'étendant sur plusieurs années.	« Les médecins parlent aux médecins » est le leitmotiv dans la prise de contact. L'appel est reçu par un fournisseur de services 24h/24 et 7j/7 puis un médecin-conseil rappelle dans l'heure. Une première évaluation ainsi qu'une orientation vers les services les plus appropriés sont proposés. Une gestion de cas est également possible pour les cas les plus complexes (mais sans contrat thérapeutique).
Structure d'appui	Le service est dirigé par un médecin du travail, un médecin généraliste ayant une expérience de la santé au travail, deux psychologues du travail, un psychologue de la santé et un spécialiste du langage. Le soutien d'un neuropsychologue ou de psychiatres peut être obtenu.	Le service de conseil du BMA comprend des consultants téléphoniques qui travaillent 24H/24, 7J/7. Tous ces consultants sont membres de la British Association for Counselling and Psychotherapy.	AMO	AMA

	Royaume Uni -ISP	Royaume-Uni – Doctors for Doctors	Canada - Ontario Physician Health Program	Canada - Alberta Physician and Family Support Program
Respect de l'anonymat	La confidentialité et la nature indépendante du service offert sont assurés dès la première entrevue. Un contact régulier avec l'instance qui a référé le médecin au service est assuré pour veiller à assurer un feedback et servir de médiation entre les deux parties.	Le service offert est entièrement confidentiel et n'est lié à aucune agence externe ou interne. Toutes les données enregistrées sont anonymes et utilisées aux seules fins de diriger adéquatement le médecin vers les structures appropriées. Si le comportement du médecin peut entraîner un risque pour ses patients, le Conseiller est tenu de l'amener a requérir de l'aide ; s'il ne le fait pas, le Conseiller peut avertir le GMC	Le Programme de santé des médecins maintiendra la confidentialité des renseignements, sauf dans les cas suivants : • Les renseignements à l'appui d'une intervention directe du directeur médical doivent être documentés par écrit par les personnes disposées à les fournir et ces renseignements ne doivent pas être anonymes. • On peut signaler à l'organisme de réglementation, dans certaines circonstances précises, les cas des participants qui ont des troubles de consommation abusive de substances ou des troubles psychiatriques, qui sont surveillés en vertu d'un contrat et qui ne se conforment pas au processus. • Rapports aux organismes compétents imposés par les lois de l'Ontario dans les cas de négligence des enfants ou de violence à leur endroit, de conduite avec facultés affaiblies et d'abus sexuel des patients. • Obligation de notifier les organismes chargés d'appliquer la loi lorsque l'on croit qu'une personne qui appelle a l'intention de causer un préjudice grave à quelqu'un d'autre.	L'information n'est communiquée à personne en dehors du programme sans le consentement éclairé, volontaire et écrit du client. Il y a des exceptions où il faut produire un rapport à des tiers avec ou sans le consentement de l'intéressé : lorsque l'on soupçonne qu'un enfant est victime de violence et si la personne en cause constitue une menace de blessure grave pour elle-même ou des tiers. Tout est fait pour protéger l'anonymat des clients à l'arrivée et au départ des rendez-vous.
Financement	Non mentionné	Le numéro d'appel est payant et applique un tarif local. Les médecins-conseils qui travaillent pour le dispositif Doctors for Doctors travaillent sur base volontaire	Le coût pour le participant se limite aux frais de laboratoire	Le programme couvre sans frais directs jusqu'à 6 séances pour le médecin et pour les membres de sa famille au cours d'une période de 12 mois.
Modalités d'adhésion et d'exclusion des bénéficiaires	Les médecins concernés sont majoritairement référés par les doyens de faculté et les associations dans tout le pays ou des organisations telles que le NCAS (National Clinical Assessment Service). Le médecin concerné peut aussi faire appel au service par téléphone.	Possibilité de consultation spontanée ou d'être référé par le service de consultance du BMA. Le médecin forme le numéro d'appel général et exprime son choix de parler avec un conseiller (BMA Counselling Service) ou un médecin (Doctors Advisor Service)	Pas d'information à ce sujet. Les usagers des PHP sont habituellement référés par des collègues ou des organismes de régulation.	Libre adhésion.

	Royaume Uni -ISP	Royaume-Uni – Doctors for Doctors	Canada - Ontario Physician Health Program	Canada - Alberta Physician and Family Support Program
Principaux problèmes traités	Toutes les difficultés liées aux aspects non-cliniques du travail (gestion, communication, stress, charge de travail élevée, horaires, mauvais leadership, travail en équipe). Les problèmes concrets portent aussi sur l'adaptation culturelle de médecins étrangers et son impact sur la pratique clinique, la connaissance de l'anglais idiomatique, les comportements non-empathiques en consultation qui conduisent les médecins (en formation ou non) à échouer à des tests d'aptitude.	Pressions et stress au travail (et leur impact sur la vie de famille), problèmes relationnels, problèmes de santé mentale, abus d'alcool ou de drogues	Problèmes de santé mentale/psychiatrique (40%) ; problèmes liés au travail (incluant le stress au travail et le burnout ainsi que les relations problématiques avec des collègues) ; relations familiales (17%) ; addictions (15%) Les contrats thérapeutiques concernent principalement les toxicomanies (56%) et les problèmes psychiatriques (30%).	La majorité des appels concernent les problèmes familiaux et relationnels

	Royaume Uni -ISP	Royaume-Uni – Doctors for Doctors	Canada - Ontario Physician Health Program	Canada - Alberta Physician and Family Support Program
Organisation de prise en charge des bénéficiaires	Le médecin est référé par son doyen ou son association professionnelle. La première entrevue est organisée dans le Service ISP et permet d'identifier les besoins du médecin concerné (rapports d'incidents, évaluation à 360°, et notes d'évaluations de formation – Records of In-Training Assessments [RITA]) et d'envisager un plan de remédiation. Dans certains cas, une analyse du lieu de travail est également réalisée. Une remédiation est proposée : développement des compétences, personnalité, culture organisationnelle, compétences de communication.	Le médecin forme le numéro d'appel général 08459 200 169 et exprime son choix de parler avec un conseiller (BMA Counselling Service) ou un médecin-conseil (Doctors Advisor Service). Le service de médecins-conseils permet de contacter un autre médecin en vue d'avoir une prise en charge holistique d'une situation difficile. Il ne s'agit pas d'un service d'urgence. Ce service ne pose pas de diagnostic et ne délivre pas de traitement, mais réfère le demandeur vers les sources d'aide les plus appropriées. Il n'assure pas la défense des intérêts du demandeur et ne le représente pas devant les tribunaux. Il n'y a aucune restriction quant aux nombre d'appels et la possibilité est offerte d'être pris en charge chaque fois par le même conseiller afin de garantir la continuité de la prise en charge. Les docteurs bénévoles qui participent au programme spécifique Doctors for doctors sont quant à eux joignables selon leurs disponibilités.	Le médecin est référé ou compose un numéro d'appel pendant les heures de bureau.	Le médecin est référé ou compose un numéro d'appel 24h/24 et 7j/7.
Evaluation	Depuis son implémentation en 2001, plus de 250 médecins ont été référés au service, étudiants ou médecins confirmés.	Aucune connue à ce jour	Evaluation tous les 5 ans (prochaine en 2010). Evaluation systématique auprès des usagers (Exit Survey).	Evaluation bisanuelle de l'AMA (Track survey) Evaluation indépendante
Succès / Difficultés	Non mentionné	Non mentionné	Nombre croissant de nouveaux dossiers par an.	Popularité importante auprès de la population des médecins de l'Alberta.
Extension du dispositif	Première expérience pilote au Pays de Galles Territoire Extension à l'Angleterre et à l'Ecosse	Non mentionné	Réorientation progressive vers une plus grande prise en charge des problèmes de santé mentale. Prise en charge des problèmes rencontrés sur les lieux de travail.	Non mentionné

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

		France	Suisse	Australie	Espagne	Norvège	Irlande	UK (PHP)	UK (ISP)	UK (Doctors	(Alberta	(Ontario	(Québec
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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	One Day				X	X			X				
	Séjour			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
	Autres professionnels	X			X	X					X		
Participation financière du médecin			X				?	?	?	X	X	X	

5 DESCRIPTION DES PROGRAMMES BELGES

5.1 INSTITUT DE FORMATION ET DE THÉRAPIE POUR SOIGNANTS

5.1.1 Dispositif mis en place et objectifs

5.1.1.1 Dispositif

L'Institut de formation et de thérapie pour soignants (IFTS) est une ASBL dont l'objet social est de compléter la formation psychologique du soignant et de prendre en charge leur santé psychique. Fondé en 1995 par le Dr. Michel Delbroeck, ce dispositif à bas seuil d'accès vise à délivrer des formations et informations aux professionnels de santé concernant les aspects psycho-sociaux de leur pratique. L'équipe comprend deux formateurs, cinq collaborateurs et six assistants.

Il existe un module spécifique de formation consacré au burnout comprenant :

des conférences sur le burnout données dans les hôpitaux, les dodécagroupes, les institutions de soins, etc. ;

un cours donné à l'IFTS et à l'Ecole Parisienne de Gestalt.

5.1.1.2 Objectifs

Formation et conférences

La formation des soignants est le principal objectif de l'institut. Les moyens proposés sont :

Compléter la formation psychologique des soignants ;

Accompagner le soignant au cours de sa carrière en travaillant avec lui les difficultés relationnelles rencontrées dans sa pratique ;

Proposer des formations spécifiques en psychosomatique, gestion du transfert, guidance psychothérapeutique, thérapies de soutien, prise en charge de problèmes de couple, psychopathologie ;

Proposer des formations sous forme de journées à thèmes (à la demande, pour des groupes) ;

Superviser les soignants dans leurs différentes pratiques professionnelles ;

Accompagner et suivre des médecins, des soignants et des patients en burnout ;

Réaliser l'analyse institutionnelle de groupes de soignants ;

Informer les soignants par conférences, dodécagroupes, ateliers lors de congrès ;

Publier des articles sur la problématique.

Thérapies

L'institut offre également des possibilités de thérapie individuelle ou en groupe. Sont également organisés des groupes thérapeutiques résidentiels (de quelques jours) insistant « sur les valeurs du dépaysement et de la vie de groupe ».

Méthodes

Plusieurs méthodes sont utilisées pour atteindre ces objectifs :

Psychothérapie humaniste et orientation psychanalytique

Gestalt-psychothérapie

Analyse systémique (Thérapie familiale)

Approche Rogérienne (Carl Rogers)

Méthodologie Balint

Psychodrame Balint

Apports psychanalytiques (Freud, Jung, Mélanie Klein et post Kleiniens)

Thérapies non verbales

Techniques de communication

Thérapies de groupe

5.1.2 Philosophie sous-jacente

L'essentiel de la formation se centre sur la relation soignant-soigné. Elle a pour but de développer les compétences relationnelles et émotionnelles des professionnels de santé.

5.1.3 Population concernée

Médecins, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, psychothérapeutes, thérapeutes corporels, étudiants soignants, autres soignants (logopèdes, orthophonistes, psycho-motriciens, etc.)

5.1.4 Structure d'appui

Non applicable

5.1.5 Financement

Le coût pour la participation aux formations et conférences est à la charge du participant. Par exemple, la participation aux dix séances du groupe Balint revient à 300 euros à charge du participant en 2010. Ce montant est ramené à 200 euros pour les infirmières en 2010.

5.1.6 Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Ces formations sont accréditées en formation continue et certaines en éthique et économie de la santé auprès des comités d'accréditation de l'INAMI pour les médecins.

Formations

La participation complète aux activités de l'année académique est requise pour l'obtention de ces crédits sauf pour les ateliers sur la relation médecin-patient. Certaines formations requièrent un entretien préalable avec les animateurs, de manière à ce que deux « parties » (le formateur et le participant) apprennent à se connaître et affinent la demande et l'offre. La participation régulière est de rigueur. Les séances manquées ne sont pas remboursées et les absences doivent être annoncées. Les formations sont organisées le soir, en semaine.

Thérapies

Les thérapies individuelles ou de groupe se font sur rendez-vous avec l'un des quatre thérapeutes.

5.1.7 Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Sur base volontaire.

5.2 EUROPEAN INSTITUTE FOR INTERVENTION AND RESEARCH ON BURN OUT

5.2.1 Dispositif mis en place et objectifs

L'Institut Européen de Recherche et d'Intervention sur le Burn Out a été fondé en 2005 par le Dr P. Mesters, ancien cadre international dans l'industrie pharmaceutique (R&D) et neuropsychiatre de formation. L'institut est un réseau européen de coachs et de consultants spécialisés dans la gestion et la prévention de l'épuisement professionnel. Sept personnes composent l'équipe et une quarantaine de coachs disponibles forment le réseau de soutien en France, aux Pays-Bas, en Suisse et au Luxembourg.

Les membres de l'Institut ont tous été formés :

au coaching dans les Instituts de formation reconnus par l'International Coach Federation (ICF) ;

aux techniques d'intervention systémique dans les organisations suivant l'Ecole de Palo Alto et le Groupe d'intervention et de Recherche en Organisation des Systèmes (G.I.R.O.S).

Les interventions mises en place sont :

des activités de consultance et de recherche en matière de détection et de prévention de l'épuisement professionnel (prévention primaire) ;

des programmes d'information et de formation sur la prévention du stress et du burnout (prévention secondaire) ;

La prise en charge et le coaching de personnes en burnout (prévention tertiaire).

5.2.1.1 Objectifs

L'institut a développé des interventions consacrées au burnout dans le secteur des soins de santé visant la formation et l'accompagnement de médecins..

Formation

Des séminaires ont été donnés à des médecins généralistes, à des dentistes de l'Hôpital Saint Pierre (ULB) et de l'Association Belge de Médecine Dentaire entre 2007 et 2010.

L'objectif de ces séminaires est double :

Au niveau des patients :

Reconnaître les symptômes du burnout ;

Soutenir les patients confrontés au burnout.

En tant que médecin :

Mettre en place des stratégies et des plans d'actions pour prévenir le burnout dans leur activité personnelle ;

Reconnaître les premiers signes d'épuisement professionnel et pouvoir réagir efficacement ;

Raviver des liens et des réseaux qui permettent de renouer avec les valeurs, l'éthique et l'enthousiasme.

Accompagnement

Un module d'accompagnement destiné à des médecins généralistes prévoit 4 à 5 séances (l'après-midi) destinées à un groupe de 12 généralistes plus la possibilité d'un coaching individuel. Les approches sont de type cognitivo-comportemental, systémique et de Movement Desensitization and Reprocessing (MDR).

Méthodes

Le coaching pratiqué à l'Institut est défini comme la mise en place de conditions permettant au client d'exprimer ses intentions. Il s'agit d'accompagner le client tout au long d'une démarche qui lui permet d'élaborer les plans et les stratégies nécessaires pour s'attribuer les moyens professionnels, psychologiques et opérationnels pour réussir. La démarche tient compte de l'environnement et de ses contraintes. Le coaching n'est pas une psychothérapie.

5.2.2 Philosophie sous-jacente

L'institut couvre tous les aspects du burnout : psychologique, médical, psychiatrique, managérial, organisation du temps, des priorités, des échéances (humaines, financières, organisationnelles) dans le respect des valeurs et du sens de la mission des personnes accompagnées.

5.2.3 Population concernée

L'institut intervient dans plusieurs secteurs professionnels : administration, pharmaceutique, bancaire, hôpitaux et soins de santé, assurance, technologique, industriel, transport,….

5.2.4 Structure d'appui

na

5.2.5 Financement

Le montant des interventions n'est pas communiqué.

5.2.6 Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Les intervenants font une claire différence entre le domaine de compétences qui relève du coaching professionnel et celui qui relève de la psychothérapie et de la médecine. Les coachs ont pour réflexe de référer le client vers son médecin traitant ou son psychothérapeute lorsque le besoin s'en fait sentir au cours de l'accompagnement.

5.2.7 Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Sur base volontaire, dans le cadre d'une formation ou d'un accompagnement en groupe. Il est précisé dans la plaquette de présentation des modules destinés aux médecins et aux dentistes que « les intervenants font une claire différence entre le domaine de compétences qui relève du coaching professionnel et celui qui relève de la psychothérapie et de la médecine. Les coachs, dans ces cas de figure, ont pour réflexe de renvoyer le « client » vers son médecin traitant ou son psychothérapeute lorsque le besoin s'en fait sentir au cours de l'accompagnement ».

5.3 CLINIQUE DU STRESS AU CHU BRUGMANN

5.3.1 Dispositif mis en place et objectifs

Fondée en 2002 par le Dr. Philippe Corten, cette clinique assure la prise en charge de situations où le stress est devenu pathologique. Depuis cette date, plus de 2000 patients ont été pris en charge soit environ 350 nouveaux patients/an.

La première étape du traitement passe inévitablement par l'élimination du stress. Il faut donc agir sur la source et mettre le patient en incapacité de travail temporaire de longue durée (4 à 6 mois). Il s'agit ensuite de gérer le stress en limitant l'exposition et en se détendant. Côté somatique, le traitement s'attaquera au problème majeur du manque de sommeil, mais aussi à l'alimentation, à l'alcool, à la consommation de tabac et de café. Enfin, sur le plan psychologique, différents spécialistes se relayent pour apprendre au patient à respecter ses limites (assertivité), à partager ses émotions (Gestalt), à préserver sa vie relationnelle et sociale, à comprendre et à savoir prendre de la distance (restructuration cognitive ou thérapie psychodynamique).

Pratiquement, il existe une consultation ambulatoire de diagnostic de stress pathologique, prolongée par des suivis individuels et de groupes. Certains se voient proposer un module thérapeutique d'hospitalisation de jour réparti sur 10 semaines à raison de 2 jours/semaine.

Les services offerts par la clinique du stress :

Un centre de diagnostic du stress pathologique (burnout, harcèlement moral, harcèlement de poursuite, syndrome de stress pathologique, objectivation des retentissements physiologiques et/ou psychologiques) ;

Des suivis individuels avec diverses formes de thérapie adaptées à chacun telles les thérapies émotionnelles, la restructuration cognitive, la psychothérapie d'inspiration analytique, la sophrologie – relaxation ;

Des suivis de groupe et des modules hebdomadaires d'hospitalisation de jour ;

Un centre de recherches scientifiques (en collaboration avec le Laboratoire de Psychologie Médicale de l'ULB) ;

Des conférences, des formations et du coaching.

5.3.2 Philosophie sous-jacente

Dans un premier temps, l'urgence est prise en charge, particulièrement au niveau comportemental. Les méthodes utilisées incluent la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie systémique, la sophrologie et la gestion des émotions. Dans un deuxième temps, on traite le fonds des problèmes avec les méthodes psychanalytiques et psychodynamiques. Cette articulation de deux approches longtemps opposées (comportementaliste vs. psychanalytique) est l'originalité de la prise en charge.

La garantie d'anonymat suppose qu'il n'y ait pas de rapport avec la hiérarchie professionnelle du patient à moins d'un accord formel de sa part. Les médecins du travail et/ou les médecins conseils peuvent éventuellement être contactés. La question de l'anonymat se pose également quand la patientèle est composée de médecins. Ceux-ci demandent généralement à consulter en privé. Tandis que pour les infirmières, la gravité de leur état l'emporte sur le besoin de confidentialité.

5.3.3 Population concernée

Ces services ne sont pas spécifiquement destinés aux médecins ou aux professionnels de santé. Les participants aux modules hebdomadaires d'hospitalisation sont des personnes dont le stress est d'origine professionnelle ou occupationnelle. La population qui fréquente la clinique du stress présente une souffrance mentale élevée et un vécu de stress élevé. Environ quinze pourcents de cette patientèle est en invalidité. On observe un biais de drainage car les patients proviennent en général de la médecine du travail et suite à de l'information trouvée sur le site internet ou dans les médias.

5.3.4 Structure d'appui

L'Institut de Psychiatrie du CHU Brugmann

5.3.5 Financement

Les médecins pratiquent les tarifs fixés par INAMI

5.3.6 Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Au 1er septembre 2010, le délai d'attente est de 1 mois.

La participation aux modules hebdomadaires d'hospitalisation de jour dépend de plusieurs paramètres. Les modules et les groupes ne sont accessibles qu'après mise au point globale du stress. En fonction de ces résultats et de la demande du patient, le médecin propose un module intensif, un groupe thérapeutique, un suivi individuel par un des thérapeutes ou un suivi extérieur. Si de commun accord, le patient est candidat pour participer à un module ou un groupe, il est placé sur une liste de candidatures. Une quinzaine de jours avant le début du module ou du groupe, les thérapeutes se réunissent afin d'analyser chaque candidature et sélectionnent, avec le médecin qui a proposé d'y inscrire le patient, le groupe le plus homogène possible d'après leur expérience. En effet, pour le bien du groupe et de chaque participant, il est important que tous arrivent à la fin du module en s'étant sentis le mieux intégrés et en retirant de ces thérapies de groupe le plus de bien possible. Le nombre des participants est limité à 8. La participation au cycle complet est obligatoire.

Si le patient n'est pas retenu, cela ne veut pas dire que sa candidature est rejetée. Le médecin qui a reçu le patient envisage avec lui de maintenir sa candidature pour le groupe suivant ou si d'autres alternatives doivent être explorées.

5.3.7 Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Les mises au point de la clinique du stress se font en ambulatoire, en plusieurs séances qui au total prennent trois ou quatre semaines.

1. Premier entretien : Au cours de cet entretien, un médecin de la clinique (ou un psychologue) envisage avec le patient sa demande d'aide. En fonction de sa problématique, le thérapeute propose soit un suivi vers un spécialiste proche du domicile du patient soit d'approfondir la mise au point.

2. Mise au point approfondie : Cette mise au point se réalise lors d'une hospitalisation de jour (de 9h à 17h) suivie, une semaine plus tard, d'un entretien de débriefing avec le psychologue. Au cours de cette journée, l'impact psychologique et physiologique du stress est évalué médicalement et psychologiquement. En tout, 24 tests assistés par ordinateurs sont proposés au patient.

* Le matin : Prise de sang complète (à jeun), et tests électro-physiologiques tels que variation contingente négative (pour évaluer l'impact du stress sur les mécanismes physiologiques de la mémoire et la concentration), test de tétanie latente (pour mesurer l'impact physiologique du stress sur les tensions musculaires du patient), électro-encéphalogramme (pour éliminer d'autres pathologies).

* L'après-midi : Tests psychologiques assistés sur ordinateurs avec mesure de l'intensité de la souffrance par divers tests (questionnaire général de santé, échelle de dépression, échelle d'anxiété, échelle de stress perçu, échelle de stress au travail, échelle de burnout, échelle de qualité de vie), et évaluation des attitudes face au stress par divers tests (lieu de contrôle, coping, émotions, affirmation de soi).

* Une semaine plus tard, entretien complémentaire avec le psychologue.

3. Examens plus spécialisés : tels que laboratoire du sommeil, examen par le généraliste du patient ou par un interniste, clinique de la douleur, etc.

4. Entretien de bilan : Cet entretien se réalise avec le médecin qui a reçu le patient au début de la prise en charge. Avec lui et en fonction des résultats de la mise au point, il envisage les divers suivis possibles tels que suivi médicamenteux (si nécessaire), suivi psychologique par un psychothérapeute de la clinique ou par un thérapeute proche du domicile du patient, kinésithérapie-relaxation, module de sensibilisation à la gestion du stress, etc.

5.4 COACHING DU BURNOUT PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5.4.1 Dispositif mis en place et objectifs

Une formation continue de deux jours consacrée au « coaching du burnout par les médecins généralistes » est mise en place depuis 2007 par Dr Eric Boydens (médecin généraliste et psychothérapeute) et Tine Daeseleire (psychologue chez Humanlink, co-fondatrice de l'Instituut voor Stress en Werk). Cette formation part de cas concrets et débouche sur une pratique d'intervision de groupe en insistant sur le rôle important que le médecin généraliste peut jouer dans la prise en charge du burnout.

5.4.1.1 Objectifs

La formation vise à créer un réseau de médecins généralistes spécialisés dans le coaching du burnout de leurs patients, ceux-ci pouvant être d'autres médecins généralistes.

Le médecin se voit également renforcé dans son rôle de coordinateur de soins.

La formation vise également à améliorer la collaboration entre psychologues et médecins généralistes dans la prise en charge du burnout [75] : les médecins généralistes étant considérés comme des coachs tandis que les psychologues agissent en tant que thérapeutes.

La formation (et le groupe d'intervision sur lequel elle débouche) joue également un rôle en terme préventif à l'égard des médecins participants de par la prise de conscience et la réflexion qu'elle suppose à l'égard des facteurs de risque du burnout.

5.4.1.2 Méthode

La formation est en grande partie issue de l'approche de Roland Rogiers (UGent) : une prise en charge non-médicamenteuse des problèmes de stress et de surmenage, de manque de sommeil, de dépression et d'angoisse.

5.4.2 Philosophie sous-jacente

La mise en place d'un réseau de médecins généralistes aptes à prendre en charge le burnout de leurs patients, dont d'autres médecins généralistes, à l'instar de coachs, s'inspire des programmes de support canadiens[76].

5.4.3 Population concernée

Médecins généralistes mais d'autres professionnels médicaux pourraient bénéficier de cette formation : médecins du travail, médecins conseil et médecins d'assurance[75].

5.4.4 Structure d'appui

La formation est donnée en collaboration avec HumanLink. Humanlink s'est spécialisée depuis sa création (2004) dans la formation à la gestion du stress et des trauma dans les organisations de travail. Domus Medica ainsi que les Autorités fédérales ont soutenu l'offre d'une formation introductive au sein des GLEMs/LOKs.

5.4.5 Financement

La formation coûte 350 euros (hors TVA) avec réduction possible pour les PME (50%).

5.4.6 Modalités d'adhésion et d'exclusion des médecins bénéficiaires

Ces formations sont accréditées en formation continue et certaines en éthique et économie de la santé auprès des comités d'accréditation de l'INAMI pour les médecins.

5.4.7 Organisation de prise en charge des médecins bénéficiaires

Sur base volontaire

5.5 LES AUTRES PRISES EN CHARGE POSSIBLES ET ACTEURS CONCERNÉS

D'autres prises en charge possibles ainsi que d'autres acteurs concernés ont été cités lors des interviews et des réunions de stakeholders et d'experts (voir méthodologie). Ceux-ci sont mentionnés ci-dessous dans une liste non exhaustive avec possibilité de se référer aux sites existants pour obtenir un complément d'information.

5.5.1 Autres prises en charge possibles

5.5.1.1 La médecine du travail

La médecine du travail a deux missions : la prévention et la surveillance médicale en milieu professionnel. Ces services concernent uniquement les employés. A moins que le médecin généraliste n'ait ce statut, il ne peut pour l'instant en bénéficier. Par ailleurs, le médecin du travail ne peut ni soigner ni prescrire et référera l'employé à son médecin traitant si nécessaire. Depuis la publication de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007, les actions de l'employeur doivent être axées sur toutes les situations au travail qui génèrent une charge psychosociale.

Securex propose à l'employeur une politique psychosociale active dans six domaines : alcool et drogues, stress, tabac, harcèlement, stress post-traumatique, assistance en cas d'évènement grave. Concernant le stress, l'approche de Securex se décline en 4 étapes: sensibilisation, coaching et accompagnement des travailleurs stressés, politique de stress proactive et formation à la gestion du stress.

Le *CESI Prévention/Protection* réalise également des interventions de prévention sur les aspects psychosociaux de l'activité professionnelle. Le CESI accompagne les employeurs dans la mise en place de leur politique psychosociale, dans le traitement des plaintes pour violence et harcèlement, la mise en place d'un plan de gestion du stress post-traumatique, la désignation de personnes de confiance, la gestion des conflits et de l'agressivité.

5.5.1.2 Le médecin de famille

Un incitant particulier à cette démarche porte le nom de « veille confraternelle ». Le code de déontologie médicale indique à ce sujet que le confrère est tenu de faire preuve de solidarité confraternelle. Comme le précise l'article 11 de ce code, "les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité et se prêter assistance". Et l'article 139 d'ajouter qu' « il est de bonne confraternité de remplacer, dans la mesure du possible, un confrère occasionnellement empêché ». Cependant les expériences internationales et les entretiens avec les informateurs clés démontrent que cette pratique de consultation d'un collègue n'est pas courante en Belgique.

5.5.1.3 Le GLEM ou le dodécagroupe

Selon le Glossaire de Santé Conjuguée publié en 2004 [77] : « Les dodécagroupes sont des groupes d'une douzaine de médecins qui se réunissent périodiquement (plus ou moins à un rythme mensuel) afin de discuter d'une question médicale, sur base d'un exposé théorique. Les dodécagroupes ont été créés et sont soutenus par la Société scientifique de médecine générale (SSMG). La participation aux dodécagroupes est libre et les groupes se constituent selon l'affinité des participants.

Les Groupes Locaux d'Evaluation Médicale (GLEMs) sont composés de huit à vingt médecins (généralistes ou spécialistes d'une même spécialité) qui se réunissent quatre fois par an pour échanger sur leurs pratiques sur le mode du peer review. Les GLEMs ont été mis en place en 1996 sur décision politique dans le but d'améliorer l'efficience des soins (les meilleurs soins au moindre coût) et sont chapeautés par diverses structures de l'INAMI. La participation à un GLEM est une condition obligatoire de l'accréditation des médecins. A ce jour les sujets sont choisis librement par les participants. Les GLEMs sont notamment le lieu où les médecins comparent leurs profils de prestations et de prescriptions que leur fournit l'INAMI. »

Il est possible que le burnout du médecin généraliste fasse l'objet d'une réunion particulière d'un GLEM ou d'un dodécagroupe. Il est alors abordé lors de moments de discussion entre pairs (pour une approche ludique du problème voir par exemple le *Glem FOMECOR Charleroi*). Les GLEMs sont également utilisés comme lieux de conférence par les divers protagonistes des programmes existants.

5.5.1.4 Le psychiatre et le psychothérapeute

Parmi les approches psychothérapeutiques accessibles à tout un chacun donc au médecin généraliste, on note :

La psychothérapie humaniste et orientation psychanalytique,

Les thérapies non verbales,

Les techniques de communication,

La thérapie de groupe,

La psychanalyse,

L'école belge de psychanalyse jungienne

Société belge de psychanalyse (SBP)

L'analyse transactionnelle,

Ecole des parents et des éducateurs (EPE)

Centre pour la formation et l'intervention psychosociologique (CFIP)

La thérapie comportementale et cognitive,

Association pour l'étude, la modification et la thérapie du comportement-ASBL

Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie

La bio-énergie,

La Gestalt-thérapie,

Institut belge de Gestalt-thérapie

La psychothérapie rogérienne,

La programmation neurolinguistique (PNL),

L'approche systémique et familiale.

Association belge des intervenants et psychothérapeutes familiaux et systémiques (ABIPFS)

5.5.1.5 La sophrologie et autres méthodes de relaxation

Association européenne de sophrologie

Académie de sophrologie caycédienne de Bruxelles

5.5.1.6 Les interventions en entreprises

Institute for Stress at Work

5.5.1.7 Les consultations spécialisées dans la souffrance au travail

Services hospitaliers

Consultations ambulatoires de psychiatrie

Centres de santé mentale

Association interrégionale de guidance et de santé (AIGS)

Info santé mentale - Fondation Julie-Renson

Services de santé mentale (cocof+vlagemeenschap)

Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale

Institut wallon pour la santé mentale

Vlaamse Vereniging voor Gestelijke Gezondheid

Ligue belge de dépression

Institut de formation à l'intervention en santé mentale (IFISAM)

5.5.2 Autres acteurs concernés

5.5.2.1 Les administrations

Service public fédéral emploi, travail et concertation sociale

INAMI (CNPQ) : le groupe de travail de médecine générale du Conseil National de Promotion de la Qualité (*INAMI (CNPQ/NRKP))* a proposé à l'INAMI en date du 22 janvier 2008 la création d'une structure d'aide destinée aux médecins et à leur famille.

Conseil national du travail : a rédigé un guide d'application pratique de la convention collective de travail n°72 concernant la gestion de la prévention du stress occasionné par le travail.

5.5.2.2 Les ASBL

Métamorphoses

Prevent

Progress

Humanlink

5.5.2.3 Les associations scientifiques

Société scientifique de Médecine Générale (SSMG)

Domus Medica

Fédération des Maisons Médicales (FMM)

5.5.2.4 Les syndicats des médecins généralistes

Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH)

Association des Médecins de Famille-Vereninging voor Vlaamse Huisartsen (Association belge des syndicats médicaux) (AMF-VVH (*ABSYM*))

Groupement belge des Omnipraticiens+Algemeen syndicaat van geneeskundingen van België (*CARTEL* (GBO+ASGB))

5.5.2.5 Les associations professionnelles

Forum des Associations de Généralistes (FAG)

Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes-Federale Raad voor de Huisartsenkringen (CFCMG-FRHAK)

MG-Action

L'Ordre des médecins

5.5.2.6 Les assurances

Amonis

6 ENQUETE DELPHI

6.1 APPORT DES ENTRETIENS DANS LE QUESTIONNAIRE DELPHI

Certaines préoccupations sont apparues dès lors particulièrement significatives pour les généralistes belges et ont été intégrés dans le questionnaire. Il s'agit de :

- Les modalités de facturation du tiers payant,
- L'augmentation de la liberté thérapeutique (suppression ou limitation des prescriptions type BF, des quotats minimums en matière de générique…);
- Le regroupement en équipe, en association et maisons médicale,
- Le fonds d'impulsion pour s'installer dans les zones à faible densité médicale (campagne, régions défavorisées, …),
- Les conseils juridiques et financiers en vue de résoudre des difficultés de gestion,
- Le développement d'outils d'évaluation en vue de valoriser le travail du médecin généraliste (par exemple, dans la prévention),
- L'organisation d'une médecine du travail pour les médecins généralistes,
- La garantie d'allocation de base en cas de maladie-invalidité,
- Le type de relation entre généralistes et patients,
- La qualité relationnelle entre généralistes et spécialistes,
- L'organisation et la charge de travail (garde, secrétariat, etc.).

Pour le volet prévention, on note :

- La gestion administrative et la formation en informatique,
- L'accompagnement des patients psychiatriques,
- L'importance d'avoir en tant que médecin généraliste son propre médecin généraliste,
- Le bilan de santé incluant une évaluation du burnout.

6.2 APPORT DES STAKEHOLDERS DANS LE QUESTIONNAIRE DELPHI

Un draft du questionnaire leur a été envoyé par courriel en vue de le finaliser. Sur la quarantaine de personnes contactées, une vingtaine ont émis des commentaires et proposé des modifications en termes de contenu.

Plusieurs d'entre eux ont relevé le caractère intéressant de l'initiative prise par le KCE et ont apprécié la présentation du questionnaire qui couvre déjà un grand nombre de solutions potentielles à la problématique du burnout. Ils mentionnent également sa structure claire avec la possibilité de « texte libre ».

Les principales adaptations consistent en l'adjonction des propositions sur les thèmes suivants :

- Le contexte familial et conjugal dans lequel s'inscrit le médecin généraliste : état civil, présence d'enfants dans le module 1 « identification » et problèmes de santé auxquels il est éventuellement confrontés dans le module 5 « questions complémentaires » ;
- Le support affectif, élement déterminant dans l'apparition du burnout , qui a été inséré dans le questionnaire à deux endroits : le type de pratique en solo avec conjoint-aidant, avec assistant dans le module 1 « identification » et la valorisation du soutien de l'entourage proche dans le module 2 « organisation et environnement professionnel » ;

- La dimension de groupe ou d'association (médecin et ses collaborateurs ou collègues) qui a été introduite dans les questions relatives au public-cible au niveau de la prise en charge et de la prévention du burnout (module 3 « prise en charge » et 4 « prévention ») ;
- L'importance du médecin traitant dans l'activation des programmes d'aide pour médecins généralistes en burnout (module 3 « prise en charge ») ;
- La dépression, les troubles anxieux et de l'humeur qui ont élargi la liste des difficultés qui pourraient également être gérées par ces programmes d'aide (module 3 « prise en charge ») ;
- La notion d'organisateur des programmes d'aide qui est devenue primordiale par rapport à celle du financement. Une question spécifique a été développée et celle relative aux sources de financement a été fortement réduite notamment pour le volet prévention.

La consultation des stakelhoders et des experts a également permis d'apporter des précisions facilitant la compréhension de certaines propositions du questionnaire notamment sur celles relatives à l'organisation et à l'environnement professionnel. Des exemples ont été apportés pour clarifier certains éléments comme le développement d'outil d'auto-évalution, la diminution de la charge de travail, l'offre d'équipement, etc.

6.3 APPORT DU PRÉ-TEST

Tous ont souligné le caractère complet du questionnaire ainsi que sa clareté. La durée de passation varie entre 15 et 25 minutes.

Le seul ajustement résultant de cette phase réside dans une explication plus détaillée des consignes relatives aux critères d'évaluation des propositions, notamment le degré de priorité et la référence à sa propre expérience en tant que médecin généraliste. Une proposition a été ajoutée au module sur la prévention du burnout, à savoir la gestion des problèmatiques à lourde charge émotionnelle.

6.4 DELPHI VRAGENLIJST - 1STE ROUNDE

DELPHI-onderzoek : "Burnout bij huisartsen. Welke preventie ? Welke oplossingen ?"

Hartelijk dank voor uw deelname aan het DELPHI-onderzoek aangaande "Burnout bij huisartsen. Welke preventie ? Welke oplossingen ?", een onderzoek in opdracht van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Het doel van dit onderzoek is om een *zo* wijd mogelijke consensus te bekomen betreffende de meest pertinente voorstellen, dit met het oog op het uitwerken van een globaal beleid, zowel preventief als curatief.

Om dit te bereiken, zal u gevraagd worden om maximum drie achtereenvolgende vragenlijsten te beantwoorden. De eerste vragenlijst vindt u met de volgende link: ...

Zoals vermeld op de site, garanderen wij u dat alle informatie die u tijdens deze studie zal verschaffen, volledig vertrouwelijk zal verwerkt worden en dat nooit een verband zal gelegd worden met uw identiteit.

Wij schatten dat het beantwoorden van de eerste vragenlijst gemiddeld twintig à vijfentwintig minuten van uw tijd zal vergen. Hij moet in één keer worden ingevuld.

Wij herinneren er u aan dat na het invullen van de achtereenvolgende vragenlijsten, een bedrag van in totaal honderd euro op uw rekening zal worden gestort, als vergoeding voor de tijd die u er zal hebben aan besteed.

Voor het goede verloop van de onderzoekskalender is het belangrijk dat u de vragenlijst uiterlijk tegen 15 november beantwoordt.

U dankend voor uw medewerking,

Het onderzoeksteam
Dr. Michel Roland
Dr. Nadine Kacenelenbogen

Anne-Marie Offermans – Socioloog
Jan De Schampheleire – Socioloog

DELPHI-ONDERZOEK : RICHTLIJNEN VOOR DEELNAME

Ter herinnering: het **doel** van het onderzoek, waarvan dit Delphi-onderzoek een onderdeel is, bestaat erin een actieplan uit te werken voor de preventie en opvang van burnout bij huisartsen. Er zijn minstens twee redenen om dit te doen:

- Wie een burnout heeft, lijdt er onder. In dit verband, hebben huisartsen, zoals iedereen, recht op hulp en op de mogelijkheid te genieten van een efficiënt globaal beleid inzake preventie en doeltreffende zorg.
- Huisartsen hebben als opdracht het beheer van de grote meerderheid van de gezondheidsproblemen in de algemene bevolking, zowel op preventief als op curatief vlak. Een huisarts met een burnout is minder in staat om zijn professionele taken adequaat te vervullen.

Dit actieplan zal de meest pertinente voorstellen, weerhouden door het geheel van de deelnemers, overnemen.

Binnen het kader van dit onderzoek, stellen wij voor te verwijzen naar de **definitie** van **burnout-syndroom** van Maslach en Jackson (1982); deze stelt de volgende drie hoofdsymptomen op de voorgrond :

- *Een emotionele uitputting gekenmerkt door een gebrek aan motivatie en animo bij het uitoefenen van het werk, en een gevoel dat alles moeilijk, of zelfs onoverkoombaar, is;*
- *Een tendens om patiënten (of cliënten) te depersonaliseren, ze op onpersoonlijke, negatieve, afstandelijke of cynische wijze te beschouwen;*
- *Een verminderde persoonlijke verwezenlijking: de verzorger schat zich negatief in, voelt zich tegenover patiënten onbekwaam en nutteloos, waardoor de beroepsmatige zelfachting vermindert en het moeilijker wordt om de inspanningen nodig om over zijn uitputting te geraken, te verdragen.*

De vragenlijst bestaat uit zes modules en snijdt de burnoutproblematiek, op de volgende niveaus, aan:

- Werkorganisatie en werkomgeving
- Verzorging
- Informatie en preventie

We vragen u om, op basis van uw ervaring of kennis, in te schatten hoe pertinent een aantal mogelijke preventie- en opvangmogelijkheden zijn. Deze mogelijkheden werden op drie manieren bepaald :

- Via een literatuuroverzicht door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Via een evaluatie van de ervaringen in het buitenland *(*KCE*)*.
- Aan de hand van een analyse van onderhouden omtrent het onderwerp, met huisartsen waarvan de praktijken verspreid liggen over alle regio's van het land (Centre METICES van de Université Libre de Bruxelles en de Vakgroep SOCO van de Vrije Universiteit Brussel).

Hoe deze evaluatie uitvoeren ?

Voor elk voorstel wordt u gevraagd om telkens volgens twee evaluatiecriteria te antwoorden, nl.:

- *de aanvaardbaarheid* van elk voorstel in uw dagelijkse praktijk, anders gezegd "Zou u aanvaarden dat dit voorstel werd toegepast op uzelf als huisarts ?";
- *de graad van prioriteit die u aan elk voorstel toekent*, anders gezegd de graad van hoogdringendheid waarmee het voorstel volgens u zou moeten worden aangewend.

Voor elk voorstel van de vragenlijst, zal u uw evaluatie aangeven op een beoordelingsschaal van 1 (***helemaal niet*** aanvaardbaar of ***helemaal niet*** prioritair) tot 9 (***helemaal wel*** aanvaardbaar of ***helemaal wel* prioritair).**

Het is belangrijk dat u persoonlijk en subjectief antwoordt als praktiserend arts die mogelijk het risico loopt op een burnout of die er reeds aan lijdt.

MODULE 1 : IDENTIFICATIEGEGEVENS

1. Geslacht
1. Vrouw
2. Man

2. Leeftijd
… jaar

3. Soort praktijk *(meerdere antwoorden mogelijk)*
1. Solo
2. Solo met hulp van partner
3. Solo met HAIO
4. Duo
5. Groepspraktijk unidisciplinair
6. Wijkgezondheidscentrum
7. Groepspraktijk multidisciplinair (in hospitaal-verband…)
8. Andere, preciseer : _____

4. Sinds hoeveel jaar oefent u het beroep van huisarts uit ?
… jaar

5. Oefent u bijkomende activiteiten uit ? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
1. Geen
2. Verslaggever in een LOK-groep
3. Verantwoordelijk in een kring
4. Verstrekker of verantwoordelijk voor permanente vorming
5. Wetenschappelijke activiteit
6. Academisch statuut met inbegrip van stagemeester
7. Alternatieve geneeskunde
8. Specifieke geaggregeerde activiteiten (Kind en Gezin, tabakologie, verslavingen,…)
9. In opleiding voor specifieke, geaggregeerde, activiteiten
10. Andere, geef aan : _____

6. Wat is uw huidige burgerlijke staat ?

1. Vrijgezel
2. Gehuwd of samenwonend
3. Feitelijk gescheiden
4. Wettelijk gescheiden
5. Weduwe of weduwnaar

7. Hebt u inwonende kinderen (inclusief kinderen die slechts één week op twee of enkele dagen per maand inwonen) ?

1. JA
2. NEE

MODULE 2 : WERKORGANISATIE EN WERKOMGEVING

1. Hier is een lijst met mogelijke maatregelen om burnout bij huisartsen te voorkomen of te verminderen. Wat vindt u van elke maatregel ?

	Ik vind dit voorstel <u>aanvaardbaar</u>									Ik vind dit voorstel <u>prioritair</u>								
	Niet								Wel	Niet								Wel
Verbeteren van de wachtdienst	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Verminderen van de administratieve last	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Grotere vrijheid in de behandeling (afschaffing of beperking van voorschriften van BF-type, van minimumquota generische geneesmiddelen)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hulp bij het organiseren van een secretariaat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vergemakkelijken van de derdebetalersfacturering	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Steun voor het vormen van groeperingen, in associatie, in team, in wijkgezondheidscentrum.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Financiële steun (fonds) om zich in een zone met weinig artsen te vestigen (landelijke of gedefavoriseerde streken)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Juridisch en financieel advies bij beheerproblemen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Verminderen van de concurrentie tussen huisartsen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Verbeteren van de complementariteit tussen huisartsen en specialisten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Financieel opwaarderen van het beroep	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Verminderen van de werklast (bijvoorbeeld, minder aantal patiënten)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Diversifiëren van de beroepsactiviteit (patiëntzorg, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, extra-medische activiteiten…)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Mogelijkheid tot beroepsheroriëntatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ontwikkelen van evaluatieinstrumenten die het belang van het werk van de huisarts kunnen valoriseren (bijvoorbeeld inzake preventie)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Uitrusting aanbieden voor het verbeteren van de veiligheid van huisartsen (bij huisbezoeken, 's nachts…)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Verzekering die mentale gezondheidszorg en behandeling van verslavingen, voor huisartsen, dekt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Organiseren van arbeidsgeneeskunde voor huisartsen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hulp voor pensioenplanning	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Een garantie van basisuitkering bij ziekte of invaliditeit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Patiënten sensibiliseren voor meer realistische eisen ten aanzien van de huisarts	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Patiënten sensibiliseren voor de diverse rollen van de huisarts	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Een vergemakkelijkte regeling voor geschillen met patiënten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Opwaarderen van de professionele steun (informele contacten tussen confraters, mentor…)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Opwaarden van de steun van de naaste omgeving	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Andere suggesties:

MODULE 3 : VERZORGING VAN BURNOUT

1. Wat vindt u van de volgende hulpprogramma's voor huisartsen met burnout ?

	Ik vind dit voorstel aanvaardbaar Niet Wel	Ik vind dit voorstel prioritair Niet Wel
Een groen oproepnummer waar men 24u/24 anoniem en in vertrouwen een burnoutevaluatie kan krijgen, samen met eerste raadgevingen en zo nodig, een doorverwijzing voor verdere zorg	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Hulp door een netwerk van gespecialiseerde professionals met gepersonaliseerde adviezen, coaching, evaluatie, verzorging en opvolging	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Een gepersonaliseerde hulpverleningsdag met evaluatie en zo nodig, doorverwijzing voor verdere zorg	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Een residentieel verblijf met voordracht, discussies, fysieke activiteiten en hulpverleningssessies	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Gespecialiseerde dienst die een globale evaluatie kan maken en voor een ambulante zorg kan instaan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Gespecialiseerde dienst die een globale evaluatie kan maken en voor zorg met hospitalisatie kan instaan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Andere suggesties :		

2. Op welk publiek moeten zo'n hulpprogramma's gericht zijn ?

	Ik vind dit voorstel aanvaardbaar Niet Wel	Ik vind dit voorstel prioritair Niet Wel
Huisarts alleen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Huisarts en zijn collega's en/of medewerkers	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Huisarts en diens partner	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Huisarts en diens gezin	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Arts in opleiding	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Andere suggesties :		

3. Welk type professionals zou kunnen instaan voor deze hulpprogramma's ?

	Ik vind dit voorstel aanvaardbaar Niet Wel	Ik vind dit voorstel prioritair Niet Wel
Huisartsen opgeleid voor dit type interventie	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Psychiaters	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Psychologen, psychotherapeuten	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Multidisciplinaire teams	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Andere suggesties :		

4. Op welke wijze zou de toegang tot deze hulpprogramma's kunnen geactiveerd worden ?

	Ik vind dit voorstel aanvaardbaar Niet Wel	Ik vind dit voorstel prioritair Niet Wel
Op vrijwillige basis	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Op vraag van zijn huisarts	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Op vraag van iemand uit de omgeving	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Op vraag van een confrater	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Op vraag van een groep confraters (kringen, LOKs…)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Desgevallend,op vraag van een werkgever van de huisarts (ziekenhuizen, groepspraktijk, polykliniek, OCMW)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Op vraag van de beroepsregulerende instanties (Orde van Geneesheren, Provinciale Medische Raad)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Op vraag van een ziekenfond of verzekeringsorganisme	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Andere suggesties :		

5. Hoe zouden deze hulpprogramma's voor burnout bij huisartsen kunnen worden voorgesteld?

	Ik vind dit voorstel aanvaardbaar Niet Wel	Ik vind dit voorstel prioritair Niet Wel
Op individuele basis	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
In een groep van huisartsen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
In een groep van gespecialiseerde artsen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Met andere gezondheidswerkers	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Met eender welke andere mogelijke deelnemers	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Andere suggesties :		

6. Ziehier, voor wat deze programma's betreft, verschillende uitvoeringsmodaliteiten, in termen van ethiek en anonimiteit. Wat denkt u ervan ?

	Ik vind dit voorstel aanvaardbaar Niet Wel	Ik vind dit voorstel prioritair Niet Wel
Strikt respect van anonimiteit en vertrouwelijkheid	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Respect van anonimiteit en vertrouwelijkheid, maar met regelmatig contact met de eventueel verwijzende instantie (doel: het naleven en opvolgende van het therapeutisch project verzekeren, met inbegrip van een eventuele werkonbekwaamheid)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Respect van anonimiteit en vertrouwelijkheid met uitzondering van een mogelijke melding aan de regulerende instanties indien de professionele bekwaamheid van de huisarts sterk in opspraak wordt gebracht (risico voor de patiënten)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Andere suggesties :		

7. Op wiens initiatief zouden volgens u deze hulpprogramma's voor huisartsen met burnout, kunnen worden georganiseerd ?

	Ik vind dit voorstel <u>aanvaardbaar</u>									Ik vind dit voorstel <u>prioritair</u>								
	Niet								Wel	Niet								Wel
Door een instituut voor opleiding en gespecialiseerde interventie zoals "European Institute for Intervention and research on burnout", "Institut de formation et de thérapie pour soignants" ("Instituut voor vorming en therapie voor hulpverleners")…)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door een stress-kliniek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door de arbeidsgeneeskunde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door als coach fungerende huisartsen en gespecialiseerde consulenten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Desgevallend, door de werkgever van de arts (ziekenhuizen, groepspraktijken, polyklinieken, OCMW)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door vakverenigingen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door huisartsenkringen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door wetenschappelijke verenigingen (SSMG, Domus Medica, e.a.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door universiteiten (voor de studenten)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door de Orde van Geneesheren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door de Provinciale Geneeskundige Commissie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door het RIZIV	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door de overheidsdiensten voor volksgezondheid (federaal-, regionaal- en gemeenschapsniveau)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door ziekenfonds en verzekeringsorganismen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door een nieuw opgericht organisme	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andere suggesties :																		

8. Hoe zouden volgens u deze hulpprogramma's voor burnout van huisartsen kunnen worden gefinancierd ?

	Ik vind dit voorstel <u>aanvaardbaar</u>									Ik vind dit voorstel <u>prioritair</u>								
	Niet								Wel	Niet								Wel
Door een persoonlijke financiële bijdrage van de huisartsen die aan deze hulpprogramma's deelnemen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door een apart fonds waartoe de huisartsen zouden bijdragen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Desgevallend, door de werkgever van de arts (ziekenhuizen, groepspraktijken, polyklinieken, OCMW)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door het RIZIV	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door de overheidsdiensten voor volksgezondheid (federaal-, regionaal- en gemeenschapsniveau)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Door ziekenfonds en verzekeringsorganismen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andere suggesties :																		

9. De burnout ter zijde gelaten, welke andere moeilijkheden voor huisartsen, zouden kunnen beheerd worden door deze hulpprogramma's ?

	Ik vind dit voorstel <u>aanvaardbaar</u>									Ik vind dit voorstel <u>prioritair</u>								
	Niet								**Wel**	**Niet**								**Wel**
Alleen burnout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andere pijnpunten, van psychosociale aard (stress, gezinsproblemen…)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Verslaving	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Depressie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stoornissen rond angst, humeur, aanpassing	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Persoonlijkheidsstoornissen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andere suggesties :																		

MODULE 4 : BURNOUTINFORMATIE EN -PREVENTIE

1. Wat vindt u van elk van de volgende acties ter preventie van burnout bij huisartsen ?

	Ik vind dit voorstel <u>aanvaardbaar</u>									Ik vind dit voorstel <u>prioritair</u>								
	Niet								**Wel**	**Niet**								**Wel**
Informatie over de mechanismen van burnout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Promotie van welzijn en gezondheid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Het belang, voor een huisarts, om zelf een eigen huisarts te hebben.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ontwikkeling van vaardigheden inzake volgende domeinen : relatie en communicatie met de patiënt, omgaan met medische fouten, begeleiding van psychiatrische patiënten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tijdsbeheer, administratief beheer en vorming in informatica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Omgaan met stress en relaxatietechnieken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Omgaan met zwaar emotioneel geladen problematieken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Begeleiding van de huisarts (supervisie, coaching, Balintgroepen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gezondheidsbilan met inbegrip van een evaluatie van burnout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Specifiek programma voor het opsporen van burnout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andere suggesties :																		

2. Tot wie zouden volgens u deze acties ter preventie van burnout bij huisartsen, zich kunnen richten ?

	Ik vind dit voorstel <u>aanvaardbaar</u>									Ik vind dit voorstel <u>prioritair</u>								
	Niet								Wel	Niet								Wel
Alleen huisartsen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Huisartsen en hun collega's en/of medewerkers	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Studenten geneeskunde (master)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Assistenten algemene geneeskunde (complementaire master)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gezinsleden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andere suggesties :																		

3. Welk type professionals zou kunnen instaan voor deze preventieve acties ?

	Ik vind dit voorstel <u>aanvaardbaar</u>									Ik vind dit voorstel <u>prioritair</u>								
	Niet								Wel	Niet								Wel
Huisartsen opgeleid voor dit type interventie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Psychiaters	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Psychologen, psychotherapeuten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Multidisciplinaire teams	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andere suggesties :																		

4. Hoe zouden deze preventieve acties kunnen georganiseerd worden ?

	Ik vind dit voorstel <u>aanvaardbaar</u>									Ik vind dit voorstel <u>prioritair</u>								
	Niet								Wel	Niet								Wel
Uitsluitend gericht op algemene geneeskunde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Openstaand voor andere gezondheidswerkers	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Geografisch gecentraliseerd	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gedelocaliseerd (bijvoorbeeld, per provincie)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Verplicht	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Op vrijwillige basis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Met accreditering	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Met een persoonlijke financiële bijdrage van de deelnemers	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gefinancierd door een speciaal fonds waarvoor huisartsen een contributie zouden betalen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Volledig gesubsidieerd	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Met garantie van vertrouwelijkheid en anonimiteit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andere suggesties :																		

MODULE 5 : INFORMATIEKANALEN

1. Wie zou volgens u de informatie kunnen verspreiden aangaande de preventieve acties en de hulpprogramma's bestemd voor huisartsen met burnout ?

	Ik vind dit voorstel <u>aanvaardbaar</u>									**Ik vind dit voorstel <u>prioritair</u>**								
	Niet								**Wel**	**Niet**								**Wel**
Medische pers	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
LOK-groepen en "dodeca"groepen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sessies van permanente vorming	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Desgevallend, de werkgever van de arts (ziekenhuizen, groepspraktijken, polyklinieken, plannings, OCMW)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vakorganisaties	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Huisartsenkringen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Wetenschappelijke verenigingen (SSMG, Domus Medica, e.a.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Universiteiten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Orde van Geneesheren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Provinciale Medische Raden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
RIZIV	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Overheidsdiensten voor volksgezondheid (federaal-, regionaal- en gemeenschapsniveau)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ziekenfonds en verzekeringsorganismen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andere suggesties:																		

MODULE 6 : BIJKOMENDE VRAGEN EN EVALUATIE

1. Hoe zou zich uitspreken over uw gezondheidstoestand, globaal genomen ?

1. Zeer goed
2. Goed
3. Middelmatig
4. Slecht
5. Zeer slecht

2. Werd u reeds door een gezondheidsprofessional gediagnosticeerd als zijnde in burnout ?

1. JA
2. NEE

3. Indien ja, welke specialiteit had deze gezondheidsprofessional ? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

1. Een huisarts
2. Een psychiater
3. Een neuroloog
4. Een psycholoog
5. Andere, welke ? ……..

4. Indien ja, wanneer (jaartal) ?

In ...

5. Hebt u reeds een sensibilisering/vorming over burnout gevolgd ?

1. JA
2. NEE

6. Hebt u zelf een referentie-huisarts ?

1. JA
2. NEE

7.

Vond u deze vragenlijst :

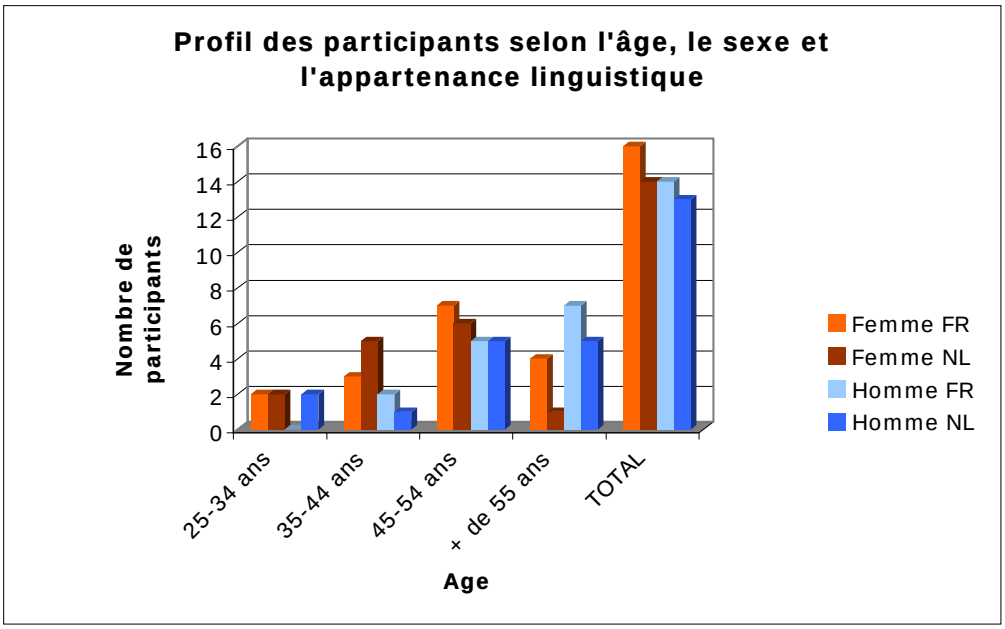
	niet wel
Duidelijk	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Volledig	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Zijn er, één of meerdere, andere elementen die u op dit ogenblik zou wensen toe te voegen ? vrije tekst	

Met dank voor uw medewerking.

In de loop van de maand januari zal u een synthese krijgen van de resultaten van deze eerste Delphi-toer alsook de tweede vragenlijst die er uit zal voortvloeien.

6.5 CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS AU DELPHI

6.5.1 Age, sexe et appartenance linguistique



La population se compose de 57 médecins généralistes (30 francophones et 27 néerlandophones) dont 30 femmes et 27 hommes avec la répartition par âge suivante :

La moyenne d'âge pour les médecins francophones se situe autour 50 ans et pour les néerlandophones de 46 ans.

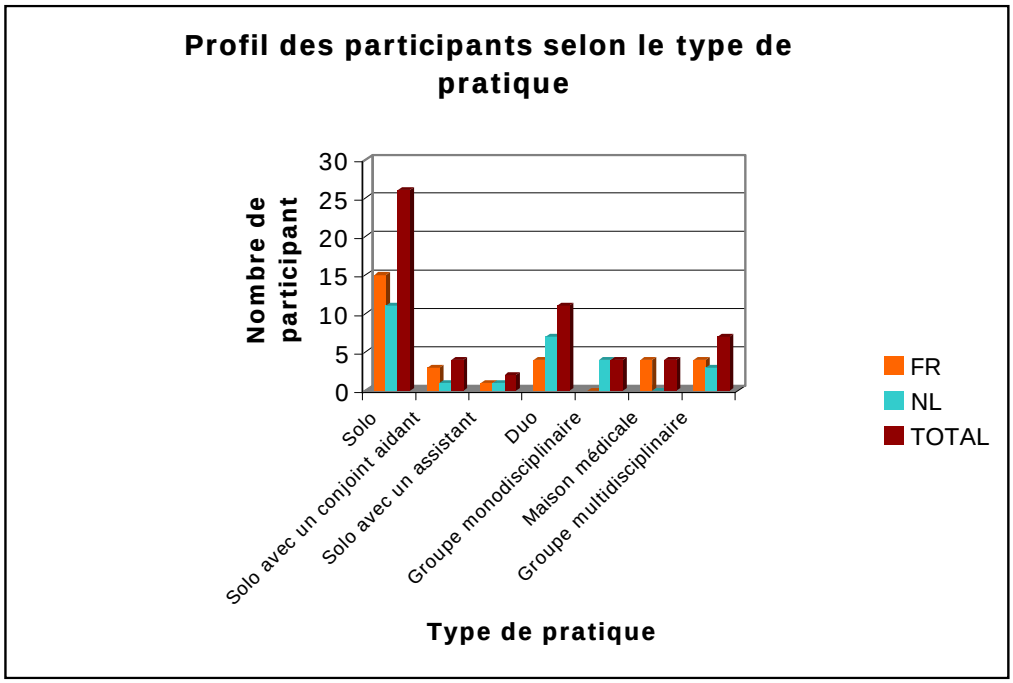
6.5.2 Situation conjugale

En ce qui concerne la situation conjugale des répondants, ce sont les médecins mariés ou vivant en couple avec ou sans enfant qui sont les plus représentés dans la population.

Tableau 11. Situation conjugale des répondants en fonction de leur appartenance linguistique

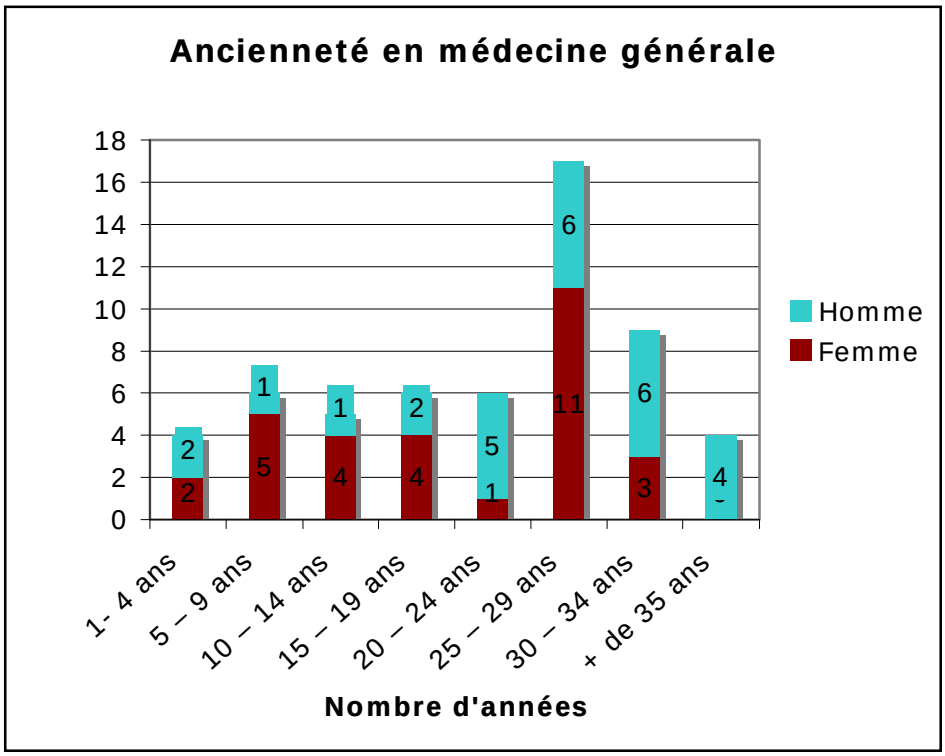
	Francophone	Néerlandophone	TOTAL
Célibataire avec enfants	2	0	2
Célibataire sans enfant	2	2	4
Marié ou cohabitant avec enfants	15	15	30
Marié ou cohabitant sans enfant	7	8	15
Séparé ou divorcé avec enfants	2	2	4
Séparé ou divorcé sans enfant	1	0	1
Veuf avec enfant	1	0	1
TOTAL	30	27	57

6.5.3 Type de pratique



Comme en témoigne le graphique, plus de la moitié des répondants pratiquent la médecine générale en solo qu'ils soient aidés ou non d'un conjoint ou d'un assistant. Vient ensuite le type de pratique en association que cette association soit mono ou multidisciplinaire ou encore en maison médicale.

6.5.4 Ancienneté dans la profession



Concernant leur profession, une autre question leur était adressée : "Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ?". La moitié des répondants ont plus de

25 ans d'ancienneté dans la profession. Les femmes médecins sont davantage représentées dans les catégories "de 5 à 19 ans" de pratique.

Les médecins francophones pratiquent la médecine générale en moyenne depuis 23 ans ; les médecins néerlandophones depuis 19 ans.

6.5.5 Activités complémentaires

Un quart des répondants n'exercent pas d'activité complémentaire en dehors de leur pratique quotidienne de la médecine générale. Les activités les plus souvent rapportées par les répondants sont être responsable d'un cercle médical et exercer une fonction académique.

Tableau 12. Activités complémentaires exercées par les répondants

	Francophone	Néerlandophone	TOTAL
Aucune	9	4	13
Rapporteur de GLEM	3	4	7
Responsable de cercle	9	5	14
Dispensateur ou responsable de formation continue	2	5	7
Activités scientifiques	0	2	2
Statut académique y compris Maître de stage	9	5	14
Médecine alternative	3	6	9
Activités spécifiques certifiées	6	3	9
Autres (expert auprès de SPF…)	0	5	5
TOTAL	30	27	57

6.5.6 Statut relatif au burnout

Trois sous-groupes ont donc été identifiés par rapport à leur statut face au burnout et sont constitués de :

- 19 médecins avec un diagnostic en burnout,
- 20 médecins en burnout selon le test MBI,
- 18 médecins non concerné par le burnout selon le test MBI.

Remarquons que parmi les médecins ayant été diagnostiqué, ce sont surtout les médecins récemment atteints que l'on retrouve dans cette étude.

Tableau 13. « A quelle date avez-vous été diagnostiqué ? »

	Femme	Homme	TOTAL
Avant 2002	1	2	3
2002 - 2004	1	1	2
2005 - 2007	1	1	2
2008 - 2010	7	5	12
TOTAL	10	9	19

Au vu du tableau ci-dessous, on note également pour ces médecins le rôle prépondérant du médecin traitant dans la mise en évidence de leur situation de « mal être » dont fait partie le burnout. Ainsi, il apparaît que la formation des généralistes à propos de la problématique du burnout importe aussi en tant que prestataire de soin potentiel.

Tableau 14. « Par qui avez-vous été diagnostiqué ? »

	Femme	Homme	TOTAL
Médecin généraliste	7	5	12
Psychiatre	3	6	9
Psychologue	4	4	8
Autres	2	0	2

6.5.6.1 Sexe et appartenance linguistique

Si l'on tient compte à présent du sexe et de l'appartenance, on note que la répartition entre les femmes et les hommes est quasi-identique entre les 3 sous-groupes identifés ci-dessus. Toutefois, les femmes médecins néerlandophones se trouvent davantage dans le sous-groupe des médecins avec un diagnostic en burnout que les femmes médecins francophones. On observe le schéma inverse dans la population masculine.

Tableau 15. Statut relatif au burnout en fonction du sexe et de l'appartenance linguistique des répondants

	Femme FR	Femme NL	Homme FR	Homme NL	TOTAL
Non concerné par le burnout selon le test MBI	6	4	4	4	18
En burnout selon le test MBI	7	3	4	6	20
En burnout selon un diagnostic médical	3	7	6	3	19
TOTAL	16	14	14	13	57

6.5.6.2 Age

Pour ce qui est de l'âge des répondants en fonction de leur statut face au burnout, on retrouve la même distribution que dans l'ensemble de la population, à savoir une plus forte répresentation des classes d'âge de plus de 45 ans. Toutefois, dans le sous-groupe des médecins avec un diagnostic en burnout, le nombre de médecins âgés de 35 à 45 ans est tout aussi élevé que celui des médecins de plus de 55 ans. Parmi les médecins identifiés en burnout selon le test de Maslach, ce sont ceux de plus de 55 ans qui sont les plus nombreux. On les retrouve en plus faible proportion dans le sous-groupe des médecins non concernés par cette problématique. Notons que dans ce dernier sous-groupe, les médecins âgées de 45-54 ans sont particulièrement bien représentés.

Tableau 16. Statut relatif au burnout en fonction de l'âge des répondants

	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	+ de 55 ans	TOTAL
Non concerné par le burnout selon le test MBI	2	4	9	3	18
En burnout selon le test MBI	2	2	7	9	20
En burnout selon un diagnostic médical	2	5	7	5	19
TOTAL	6	11	23	17	57

6.5.6.3 Type de pratique

Que le médecin généraliste soit concerné ou non pour le burnout, le type de pratique reste quasi-identique.

Tableau 17. Statut relatif au burnout en fonction du type de pratique des répondants

	En solo avec ou sans conjoint ou assistant	En duo	En groupe	TOTAL
Non concerné par le burnout selon le test MBI	10	3	4	18
En burnout selon le test MBI	12	4	4	20
En burnout selon un diagnostic médical	10	4	5	19
TOTAL	32	11	13	57

6.5.6.4 *Activités complémentaires*

Les généralistes n'ayant aucune activité complémentaire sont moins concernés par le burnout (53%) que ceux qui ont diversifié leur champ d'action ; cela se marque particulièrement pour ceux qui ont le plus d'occupations différentes (83%).

Tableau 18. Statut relatif au burnout en fonction du nombre d'activités complémentaires exercées par les répondants

	Aucune	1 activité	2 activités	3 activités	TOTAL
Non concerné par le burnout selon le test MBI	5	7	5	1	18
En burnout selon le test MBI	2	12	4	2	20
En burnout selon un diagnostic médical	6	7	3	3	19
TOTAL	13	26	12	6	57

6.5.6.5 *Etat de santé*

Il est à remarquer dans le tableau ci-dessous, qu'un seul des 20 participants détectés à risque de burnout par le test MBI se considère en mauvaise santé. Au contraire, plus de la moitié d'entre eux se considère en bonne (voire en très bonne) condition et un tiers de ces généralistes estime avoir une santé « moyenne ». Cette « inconscience » de leur état est moins souvent retrouvée dans le chef des généralistes dont le diagnostic de burnout a été confirmé par un professionnel de la santé.

Tableau 19. « Diriez-vous que, globalement, votre état de santé est … »

	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais ou très mauvais	TOTAL
Non concerné par le burnout selon le test MBI	6	12	0	0	18
En burnout selon le test MBI	2	10	7	1	20
En burnout selon un diagnostic médical	1	5	5	8	19
TOTAL	9	27	12	9	57

6.5.6.6 *Un médecin généraliste de référence*

Il existe un gradient positif entre le risque du généraliste participant d'être atteint du burnout et le pourcentage du fait d'avoir son propre médecin traitant ; ce pourcentage étant le plus bas pour les médecins en bonne santé (20%) et le plus haut pour les médecins diagnostiqués en burnout par un professionnel de la santé (47%).

Tableau 20. « Avez-vous un médecin généraliste de référence ? »

	OUI	NON	TOTAL
Non concerné par le burnout selon le test MBI	4	14	18
En burnout selon le test MBI	6	14	20
En burnout selon un diagnostic médical	9	10	19
TOTAL	19	38	57

6.5.6.7 *Une sensibilisation/formation suivie sur la thématique du burnout*

Notons que les généralistes en burnout selon le test MBI ont le plus souvent suivi ce type d'activité (60%), suivi en pourcentage, par les médecins diagnostiqués « en burnout » (42%). Les médecins non concernés par la problématique sont moins nombreux à avoir suivi ces formations (30%). Globalement, près de la moitié des médecins ont participé à une séance concernant le burnout ; cette proportion importante est probablement associée au fait que la participation à ce questionnaire

s'est faite sur base volontaire et a certainement attiré des médecins intéressés par cette problématique.

Tableau 21. « Avez-vous déjà suivi une sensibilisation/formation sur le burnout ? »

	OUI	NON	TOTAL
Non concerné par le burnout selon le test MBI	6	12	18
En burnout selon le test MBI	12	8	20
En burnout selon un diagnostic médical	8	11	19
TOTAL	26	31	57

6.6 RESULTATS DU 1ER TOUR DELPHI

Les résultats obtenus au 1er tour Delphi sont présentés de manière synthétique selon les quatre axes du questionnaire (organisation et environnement professionnel, prise en charge, information et prévention, canaux de diffusion). Par ailleurs, en fin de chaque question, les participants avaient la possibilité d'exprimer leurs opinions et commentaires. Ils sont repris dans la section "suggestions des participants".

6.6.1 Organisation et environnement professionnels

6.6.1.1 Les propositions du questionnaire

Au niveau de l'organisation et de l'environnement professionnels, deux propositions avaient été retenues de manière consensuelle comme actions à mener en priorité lors du 1er tour Delphi. Il s'agissait de :

- La diminution de la charge administrative,
- La garantie d'allocation de base en cas de maladie-invalidité.

Six propositions avaient été rejetées par consensus et avaient été écartées comme pistes d'action, à savoir :

- Augmentation de la liberté thérapeutique,
- Fonds d'impulsion pour s'installer dans les zones à faible densité médicale,
- Conseils juridiques et financiers,
- Diminution de la concurrence entre médecins généralistes,
- Développement d'outils d'évaluation,
- Organisation d'une médecine du travail.

6.6.1.2 Les suggestions des participants

D'une manière générale, les généralistes participants (NL et FR) expriment ouvertement leur intérêt envers des dispositifs de prévention plutôt que vers des programmes d'aide. Beaucoup de suggestions proposées sont implicitement incluses dans les propositions du Module 4 qui concerne la Prévention et notamment, beaucoup de réactions néerlandophones vont dans ce sens.

En voici quelques nouvelles :

- Elargissement de la notion du service de garde au-delà de la nuit, jours fériés et Week-end (FR). Certains expriment l'idée de mettre en place un dispositif permettant au généraliste de se faire remplacer en cas de maladie, de maternité, de maladie personnelle ou de celle d'un proche, mais aussi en cas de débordement de travail, voir d'une diminution momentanée de ses capacités physiques ou psychiques (fatigue, etc.) (au moins 4 réactions);
- Secrétariat capable de filtrer les appels téléphoniques (FR). En effet, le généraliste est sensé être joignable à tout moment par téléphone (2 réactions dans ce sens);
- Remise en cause de l'obligation de se déplacer (FR). Cette option semble proche de celle de l'association « MG action » qui propose notamment la

suppression de l'obligation de déplacement du généraliste (3 réactions dans ce sens). Rappelons pourtant que cette obligation est inscrite dans 2 lois (Art 118 loi 6/1/61 et loi du 8/7/64);

- Valorisation financière de la longue consultation (FR). Les consultations abordant des aspects psychologiques, sociaux, administratifs devraient être reconnues en terme de nomenclature particulière avec honoraires supplémentaires (2 réactions dans ce sens);
- Remise en cause de l'obligation de la continuité des soins (1 réaction FR)
- Notion d'amélioration dans la collaboration des spécialistes (1 réaction FR),
- Notion d'« aide logistique » différente d'un simple secrétariat (1 réaction FR),
- Les activités de supervision, formations etc. devraient se passer hors du week-end. Cela sous-entendrait : « laissons les week-ends pour les loisirs, la famille etc. » (1 réaction FR);
- Meilleure rétribution en cas d'accréditation reconnue (1 réaction FR). Notons qu'actuellement le généraliste ayant suivi correctement la formation continue reçoit la somme de +/-850 € brut de même qu'une valorisation de certaines de ses prestations;
- Un fonds spécial pour prévoir un revenu garanti décent immédiatement, dès le début d'une ITT. L'Argument : en cas de fatigue, début de surmenage, comme pour tout autre personne dans le cas, ce qui préviendrait souvent un réel burnout .

6.6.2 prise en charge du burnout

6.6.2.1 Les programmes d'aides

Les propositions du questionnaire

Parmi les 6 programmes d'aides destinés aux médecins généralistes en burnout, quatre d'entre eux avaient été exclus de façon consensuelle au 1er Tour Delphi :

- Numéro vert d'appel pour écoute anonyme et confidentielle 24h/24 proposant une évaluation du burnout, les 1ers conseils et une orientation vers une prise en charge si nécessaire;
- Séjour résidentiel avec conférence, discussions, activités physiques, sessions d'assistance;
- Service spécialisé au sein duquel une évaluation globale pourrait être réalisée avec une prise en charge en ambulatoire;
- Service spécialisé au sein duquel une évaluation globale pourrait être réalisée avec prise en charge en hospitalisation;
- La formule acceptée par consensus au 1er tour Delphi est :
- Le réseau d'intervenants spécialisés avec conseils personnalisés, coaching, évaluation, prise en charge et suivi.

Les suggestions des participants

C'est encore la prévention qui est mise en avant au niveau des réflexions des participants. Les suggestions émises par les participants sont les suivantes :

- Utiliser un dispositif déjà en place – le GLEM- pour des séances de « supervisions » (FR);
- Notion de formation sur ce thème avec l'idée qu'à tout moment n'importe quel confrère peut en aider efficacement un autre…(FR);
- Utiliser un des dispositifs déjà en place – GLEM, dodéca-groupe, cercles - pour des séances d'information notamment (FR);
- Ecoute téléphonique : heures de bureau (au lieu de 24h/24) plus réaliste (NL);
- Augmenter les revenus pour pouvoir suivre ces programmes (NL),

- La priorité serait la réorganisation des soins de santé en Belgique…. Avec échelonnement (NL);
- Être abordé comme les autres personnes (NL).

6.6.2.2 Le public-cible

En ce qui concerne le public-cible des programmes d'aide, on notait suite au 1er tour delphi :

- Une proposition acceptée par consensus : « Médecin uniquement »,
- Une proposition éliminée : « Médecin et sa famille élargie ».

6.6.2.3 Les professionnels susceptibles de dispenser les programmes d'aide

Les propositions du questionnaire

En ce qui concerne les professionnels susceptibles de dispenser les programmes d'aide, les avis des répondants étaient peu tranchés au 1er tour : aucune proposition n'était rejetée, ni considérée comme prioritaire.

Les suggestions des participants

Deux nouvelles propositions :

- Professionnels de la relation d'aide ayant eux-mêmes vécu un burnout,
- Coachs spécialisés au niveau des thèmes tournant autour du bien être et de la gestion du stress dans les programmes d'aide. Notons que ces professionnels ont été prévus dans les programmes de prévention.

6.6.2.4 L'accès aux programmes d'aide

Les propositions du questionnaire

Le consensus des participants privilégie l'accès des programmes d'aide :

- Sur base volontaire.
- Cinq propositions ont été rejetées de manière consensuelle :
- A la demande d'un confrère,
- A la demande d'un groupe de confrères (cercles, glems…),
- A la demande d'une structure employeur des médecins généralistes le cas échéant (hôpitaux, maisons médicales, polycliniques, planning, CPAS),
- A la demande des instances de régulation professionnelle (Ordre des Médecins, Commission médicale provinciale),
- A la demande d'une mutuelle ou d'un organisme d'assurance.

Les suggestions des participants

Il s'agit :

- d'ajouter « à la demande d'un groupe de confrères » la notion de proactivité systématique au sein de ces groupes (2 réactions dans ce sens, FR et NL);
- d'ouvrir la notion de l'entourage au-delà de l'entourage familial ou amical (FR);
- d'ajouter A la demande d'un service d'aide (NL).

6.6.2.5 Les modalités pratiques

On observe le consensus suivant :

- La proposition retenue en priorité est « en individuel » ;
- Suivi de la formule « en groupe de médecins généralistes ».

Deux propositions sont écartées :

- En groupe de médecins spécialistes,

- Avec d'autres professionnels de la santé.

6.6.2.6 *Considérations éthiques*

Les propositions du questionnaire

Les participants se sont prononcés prioritairement en faveur du « respect strict de l'anonymat et de la confidentialité » lors de la mise en œuvre des programmes d'aide.

Les deux autres modalités ont quant elles été refusées de commun accord :

- Respect de l'anonymat et de la confidentialité tout en incluant des contacts réguliers avec l'instance qui aurait référé le médecin généraliste en burnout vers ces programmes (but : assurer l'observance et le suivi de son projet thérapeutique en ce compris, une éventuelle incapacité de travail) ;
- Respect de l'anonymat et de la confidentialité à l'exception d'un possible signalement aux instances de régulation lorsque la capacité professionnelle du médecin généraliste est fortement compromise (risque pour les patients).

Les suggestions des participants

On note :

- Le respect strict anonymat et confidentialité avec signalement possible comporte de gros risques pour le médecin généraliste (FR/NL);
- Trouver d'autres mesures de protection des patients, autres que le signalement du généraliste en burnout. Par exemple : Le patient doit garder toute liberté de changer de généraliste. On peut imaginer qu'au moins 1 fois par an le patient consulte un autre généraliste (éventuellement après demande de la mutuelle) (FR et NL).

6.6.2.7 *Les organisateurs*

Les propositions du questionnaire

Quant aux organisateurs des programmes d'aide, 12 propositions sur 15 ont été refusées par consensus lors du 1er tour:

- Une clinique du stress,
- La médecine du Travail,
- L'employeur des médecins le cas échéant (hôpitaux, maisons médicales, polycliniques, plannings, CPAS);
- Les syndicats professionnels,
- Les cercles de médecins généralistes,
- Les sociétés scientifiques (SSMG, Domus Medica, autres),
- L'Ordre des Médecins,
- Les Commissions médicales provinciales,
- L'INAMI,
- Les Ministères de la Santé (fédéral, régional et communautaire),
- Les mutuelles et organismes d'assurance,
- Un organisme nouvellement créé.

Une seule proposition acceptée de commun accord :

- Les «coachs médecins généralistes et consultants spécialisés».

Les suggestions des participants

- Porter une attention particulière sur le fait que les institutions organisant ces programmes ne devraient pas être des instances « juge et partie », ni des instances pouvant octroyer des sanctions. Aspects éthiques (FR);
- L'organisation des programmes est à adapter à chaque province (NL).

6.6.2.8 Le financement

Les propositions du questionnaire

En matière de financement, la proposition acceptée par consensus désignait :

- Les ministères de la santé.

Trois propositions sont écartées consensuellement :

- La contribution financière personnelle des médecins généralistes participant à ces programmes d'aide;
- Le fonds spécial auquel cotiseraient les médecins généralistes;
- L'employeur des médecins le cas échéant (hôpitaux, maisons médicales, polycliniques, plannings, CPAS).

Les suggestions des participants

- Consacrer cet argent à la prévention (NL) vaudrait mieux que de le dépenser pour le « traitement »;
- Ceux qui sont responsables d'un système défaillant doivent payer (INAMI/RIZIV-SFP).

6.6.2.9 Autres difficultés prises en compte par les programmes d'aide pour médecins généralistes en burnout

La « dépression » est la seule proposition qui est retenue comme autre difficulté pouvant être prise en compte par les programmes d'aide pour médecins généralistes en burnout.

Les « troubles de la personnalité » sont quant à eux exclus.

6.6.3 Information et prévention du burnout

6.6.3.1 Actions destinées à prévenir le burnout des médecins généralistes

Les propositions du questionnaire

En termes d'actions de prévention du burnout des médecins généralistes, les avis des répondants lors du 1er tour Delphi étaient très partagés. Aucune action n'a été écartée, ni considérée comme étant prioritaire.

Les suggestions des participants

Une nouvelle suggestion :

- Installer un dispositif d'écoute (analogue à celui pour les programmes d'aide) avec gestion de prévention.

6.6.3.2 Le public-cible

Au niveau du public-cible, les avis des répondants étaient divisés lors du 1er tour Delphi ; aucune priorité et aucun rejet n'apparaissent.

6.6.3.3 Les professionnels susceptibles de dispenser les actions de prévention

Les propositions du questionnaire

Pour les professionnels susceptibles d'animer les actions de prévention, aucune proposition prioritaire et aucun rejet de proposition n'ont émergé lors du 1er tour Delphi.

Les suggestions des participants

Les actions de prévention pourraient être dispensées par des personnes responsables de sociétés scientifiques reconnues.

6.6.3.4 L'organisation des actions de prévention

Deux modalités d'organisation sont consensuellement retenues comme prioritaires :

- Sur base volontaire,
- Avec l'assurance de confidentialité et d'anonymat,

Six propositions sont éliminées de commun accord :

- Avec une contribution financière personnelle des participants,
- Financé par un fonds spécial auquel cotiseraient les médecins généralistes,
- Avec accréditation,
- Obligatoire,
- Centralisées géographiquement,
- Délocalisées (par exemple, par province).

6.6.4 Canaux d'information

6.6.4.1 Les propositions du questionnaire

Au niveau de la diffusion de l'information des actions de prévention et des programmes d'aide, aucune proposition n'a été considérée comme étant prioritaire suite au 1er tour Delphi.

Six propositions sont rejetées par consensus :

- Structures employeurs des médecins le cas échéant (hôpitaux, maisons médicales, polycliniques, plannings, CPAS);
- Syndicats professionnels,
- Ordre des Médecins,
- Commission médicale provinciale,
- INAMI,
- Ministères de la Santé (fédéral, régional et communautaire),
- Mutuelles et organismes d'assurance.

6.6.4.2 Les suggestions des participants

- Importance d'une publicité la plus large possible, y compris dans les lieux publiques, les transports en commun, etc.
- Des personnes « indépendantes » type délégués pourraient venir à la rencontre des généralistes afin de parler de cette problématique.

6.7 DELPHI VRAGENLIJST - 2DE ROUNDE

Delphi-onderzoek : "Burnout bij huisartsen. Welke preventie ? Welke oplossingen ?"

Dank u om te hebben geantwoord op de eerste vragenlijst van het Delphi-onderzoek over "Burnout bij huisartsen. Welke preventie? Welke oplossingen?", een onderzoek in opdracht van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Het doel van deze tweede vragenlijst is om een zo wijd mogelijke consensus te bekomen over de meest pertinente voorstellen, dit met het oog op het uitwerken van globale beleiden, zowel preventief als curatief.

We schatten dat het beantwoorden van deze tweede vragenlijst zo'n twintig à vijfentwintig minuten van uw tijd zal vergen. Hij moet in één keer worden ingevuld via de volgende link:

We garanderen u nogmaals dat alle informatie die u tijdens deze studie verschaft, volledig vertrouwelijk wordt verwerkt en dat er nooit een verband zal gelegd worden met uw identiteit.

Voor het goede verloop van de onderzoekskalender is het belangrijk dat u de vragenlijst uiterlijk tegen 2 februari 2011 beantwoordt.

Het gelieve u om via e-mail uw bankgegevens door te sturen (naam, adres, IBAN, BIC) zodat we een storting van 100 euro kunnen maken ter vergoeding van uw deelname aan het volledige Delphi-onderzoek.

Beste wensen voor het jaar 2011.

Het onderzoeksteam

Dr. Michel Roland
Dr. Nadine Kacenelenbogen
Anne-Marie Offermans – Socioloog
Jan De Schampheleire – Socioloog

DELPHI-ONDERZOEK : RICHTLIJNEN VOOR DEELNAME

Ter herinnering: het doel van het onderzoek, waarvan dit Delphi-onderzoek een onderdeel is, is om maatregelen voor te stellen voor de preventie en het verzorgen van burnout bij huisartsen.

De antwoorden op de eerste vragenlijst (eerste Delphi-ronde) werden geanalyseerd. Een samenvatting van de verkregen resultaten wordt u VERTROUWELIJK overgemaakt voor de modules "Werkorganisatie en werkomgeving", "Verzorging van burnout" en "Informatie en preventie". De samenvatting herneemt per vraag:

- de voorstellen waarover een consensus bestaat om ze te weerhouden;
- de voorstellen waarover een consensus bestaat om ze te verwerpen.

In deze tweede vragenlijst zal u worden gevraagd om de voorstellen die niet tot een consensus hebben geleid, opnieuw te overwegen en u uit te spreken over:

- ofwel de graad van prioriteit die u aan deze voorstellen toekent, t.t.z. de graad van dringendheid waarmee volgens u deze voorstellen zouden moeten worden doorgevoerd;
- ofwel de aanvaardbaarheid van deze voorstellen in uw dagelijkse praktijk, t.t.z. "Zou u aanvaarden dat deze voorstellen werden toegepast op uzelf als huisarts?".

Ter informatie is voor elk voorstel op de prioriteitsschaal of de aanvaardbaarheidsschaal aangegeven welke mediaanwaarde (percentiel 50) in de eerste ronde werd bekomen, de waarde variërend van 1 (helemaal niet) tot 9 (helemaal wel). Wanneer bijvoorbeeld p50 = 7, betekent dit dat 50% van de respondenten op de schaal een waarde lager dan 7 heeft aangeduid, en de andere helft een waarde hoger dan 7.

Het is belangrijk dat u persoonlijk en subjectief antwoordt, als praktiserend arts die mogelijk het risico loopt op een burnout of die er reeds aan lijdt.

Profiel van de respondenten aan het delphi-onderzoek

Op de 206 huisartsen die zich op de website over burnout inschreven, werden er 59 gecontacteerd om aan het Delphi-onderzoek deel te nemen. De selectie gebeurde op basis van de moedertaal (FR/NL) en de verhouding tot burnout.

Uiteindelijk hebben 57 huisartsen op de vragenlijst van de eerste ronde van het Delphi-onderzoek geantwoord: 30 Franstaligen en 27 Nederlandstaligen, met een quasi identieke man-vrouw-verdeling.

Voor wat de verhouding tot burnout betreft, waren er 19 artsen die door een professional gediagnosticeerd zijn met een burnout; 20 artsen die volgens de on-line Maslach-test aan burnout lijden en 18 artsen die volgens dezelfde test niet te maken hebben met burnout.

De leeftijdsverdeling is als volgt: :

- voor de 25 - 34 jarigen : 4 deelnemers op 6 hebben te maken met burnout, overeenkomend met 66%;
- voor de 35- 44 jarigen : 7deelnemers op 11 hebben te maken met burnout, overeenkomend met 45%;
- voor de 45- 54 jarigen : 14 deelnemers op de 23 hebben te maken met burnout, overeenkomend met 60%;
- voor de 55 jarigen en ouder : 14 deelnemers op de 17 hebben te maken met burnout, overeenkomend met 82%.

MODULE 2: WerkOrganisatie en werkomgeving

Op het niveau van werkorganisatie en werkomgeving is er consensus om twee voorstellen te weerhouden als prioritaire maatregele :

- *het verminderen van de administratieve last;*
- *een garantie van basisuitkering bij ziekte of invaliditeit.*

Er is ook consensus om de volgende zes voorstellen te verwerpen, die verder niet meer in overweging zullen worden genomen :

- *Grotere vrijheid in de behandeling;*
- *Financiële steun (fonds) om zich in een zone met weinig artsen te vestigen;*
- *Juridisch en financieel advies bij beheerproblemen;*
- *Verminderen van de concurrentie tussen huisartsen;*
- *Ontwikkeling van evaluatieinstrumenten die het belang van het werk van de huisarts kunnen valoriseren;*
- *Organiseren van arbeidsgeneeskunde voor huisartsen.*

Te heroverwegen voorstellen

Q2.1DP Zijn voor de preventie of de beperking van burnout bij huisartsen, de volgende interventies prioritair ?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaande van 1 (helemaal niet prioritair) tot 9 (helemaal prioritair).

	Ik vind dit voorstel <u>prioritair</u>	
	JA	**NEE**
Verbeteren van de wachtdienst (p50 = 8)	1	2
Hulp bij het organiseren van een secretariaat (p50 = 7)	1	2
Verbeteren van de complementariteit tussen huisartsen en specialisten (p50 = 7)	1	2
Financieel opwaarderen van het beroep (p50 = 7)	1	2
Hulp voor pensioenplanning (p50 =6)	1	2
Patiënten sensibiliseren voor de diverse rollen van de huisarts (p50 = 7)	1	2
Patiënten sensibiliseren voor meer realistische eisen ten aanzien van de huisarts (p50 = 7)	1	2
Opwaarderen van de professionele steun (informele contacten tussen confraters, mentor…) (p50 = 6)	1	2

Q2.1DA Zijn voor de preventie of de beperking van burnout bij huisartsen, de volgende interventies aanvaardbaar ?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaande van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaal aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar	
	JA	**NEE**
Vergemakkelijken van de derdebetalersfacturering (p50 = 8)	1	2
Steun voor het vormen van groeperingen, in associatie, in team, in wijkgezondheidscentrum (p50 = 7)	1	2
Verminderen van de werklast (bijvoorbeeld, minder aantal patiënten) (p50 = 7)	1	2
Diversifiëren van de beroepsactiviteit (klinische praktijk, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, extra-medische activiteiten…) (p50 = 7)	1	2
Mogelijkheid tot beroepsheroriëntatie (p50 = 7)	1	2
Uitrusting aanbieden voor het verbeteren van de veiligheid van huisartsen (bij huisbezoeken, 's nachts…) (p50 = 8)	1	2
Verzekering die mentale gezondheidszorg en behandeling van verslavingen, voor huisartsen, dekt (p50 = 7)	1	2
Een vergemakkelijkte regeling voor geschillen met patiënten (p50=7)	1	2
Opwaarderen van de steun van de naaste omgeving (p50 = 7)	1	2

MODULE 3: VERZORGING VAN BURNOUT

1. De hulpprogramma's voor huisartsen met burnout

Er is een consensus om vier van de zes hulpprogramma's voor huisartsen met burnout te verwerpen :

- - Een groen oproepnummer waar men 24u/24 anoniem en in vertrouwen een burnoutevaluatie kan krijgen, samen met eerste raadgevingen en zo nodig, een doorverwijzing voor verdere zorg;
- - Een residentieel verblijf met voordracht, discussies, fysieke activiteiten en hulpverleningssessies;
- - Gespecialiseerde dienst die een globale evaluatie kan maken en voor een ambulante zorg kan instaan;
- - Gespecialiseerde dienst die een globale evaluatie kan maken en voor zorg met hospitalisatie kan instaan.

Er is een consensus om volgende formule te aanvaarden :

- - een netwerk van gespecialiseerde professionals met gepersonaliseerde adviezen, coaching, evaluatie, verzorging en opvolging.

Te heroverwegen voorstel

Q3.1.DA Kunnen de hulpprogramma's voor huisartsen met burnout de volgende vorm ... aannemen ?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven,op de schaal gaande van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaall aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar	
	JA	**NEE**
Een gepersonaliseerde hulpverleningsdag met evaluatie en zo nodig, doorverwijzing voor verdere zorg (p50 = 6)	1	2

2. Het doelpubliek

Voor wat het doelpubliek van de hulpprogramma's betreft, stellen we vast dat:

- één voorstel werd aanvaard met consensus : "Huisarts alleen";
- één voorstel werd verworpen: "Huisarts en diens gezin".

Te heroverwegen voorstellen

Q3.2DA Kunnen de hulpprogramma's gericht zijn op ...?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaande van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaal aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar	
	JA	**NEE**
Huisarts en zijn collega's en/of medewerkers (p50 = 6)	1	2
Huisarts en diens partner (p50 = 8)	1	2
Arts in opleiding (p50 = 8)	1	2

3. Professionals die de hulpprogramma's zouden kunnen verstrekken

Over de professionals die de hulpprogramma's zouden kunnen verstrekken, zijn de meningen van de respondenten eerder verdeeld : geen enkel voorstel wordt verworpen noch als prioritair beschouwd.

Te heroverwegen voorstellen

Q3.3.DP Welk type professionals zou prioritair kunnen instaan voor de hulpprogramma's ?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaande van 1 (helemaal niet prioritair) tot 9 (helemaal prioritair).

	Ik vind dit voorstel prioritair	
	JA	**NEE**
Huisartsen opgeleid voor dit type interventie (p50 = 7)	1	2
Psychologen, psychotherapeuten (p50 = 7)	1	2
Multidisciplinaire teams (p50 = 8)	1	2

Q3.3.DA Zouden de hulpprogramma's kunnen worden geleverd door ...?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaal aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar	
	JA	**NEE**
Psychiaters (p50 = 7)	1	2

4. De toegang tot de hulpprogramma's

De voorkeur van de deelnemers, waarover consensus, gaat naar volgende toegang tot de hulpprogramma's:

- - op vrijwillige basis.

Er is ook een consensus om volgende vijf voorstellen te verwerpen :

- - Op vraag van een confrater;
- - Op vraag van een groep confraters (kringen, LOKs…);
- - Desgevallend,op vraag van een werkgever van de huisarts (ziekenhuizen, groepspraktijken, polyklinieken, OCMW);
- - Op vraag van de beroepsregulerende instanties (Orde van Geneesheren, Provinciale Medische Raad);
- - Op vraag van een ziekenfond of verzekeringsorganisme.

Te heroverwegen voorstellen

Q3.4.DA Kan de toegang tot de hulpprogramma's worden geactiveerd door...?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven,op de schaal van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaal aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar	
	JA	**NEE**
Op vraag van zijn huisarts (p50 = 7)	1	2
Op vraag van iemand uit de omgeving (p50 = 7)	1	2

5. De praktische organisatie

Er bestaat een consensus om de hulpprogramma's praktisch als volgt te organiseren :

het voorstel met de hoogste prioriteit is "op individuele basis";

gevolgd door de formule "in een groep van huisartsen".

Twee voorstellen werden verworpen :

- - in een groep van gespecialiseerde artsen
- - met andere gezondheidswerkers
- - met eender welke andere mogelijke deelnemers

6. Ethische overwegingen

De respondenten spreken prioritair een voorkeur uit *voor "strikt respect voor anonimiteit en vertrouwelijkheid" bij de uitvoering van de hulpprogramma's.*

De twee andere modaliteiten worden unaniem geweigerd *:*

Respect van anonimiteit en vertrouwelijkheid, maar met regelmatig contact met de eventueel verwijzende instantie (doel : het naleven en opvolgen van het therapeutisch project verzekeren, met inbegrip van een eventuele werkonbekwaamheid);

Respect van anonimiteit en vertrouwelijkheid met uitzondering van een mogelijke melding aan de regulerende instanties indien de professionele bekwaamheid van de huisarts sterk in opspraak wordt gebracht (risico voor de patiënten).

7. De organisatoren

Op de vraag wie de hulpprogramma's moet organiseren, worden twaalf van de vijftien voorstellen bij consensus verworpen :

- *een stress-kliniek;*
- *de arbeidsgeneeskunde;*
- *desgevallend, de werkgever van de arts (ziekenhuizen, groepspraktijken, polyklinieken, OCMW);*
- *vakverenigingen;*
- *huisartsenkringen;*
- *wetenschappelijke verenigingen (SSMG, Domus Medica, e.a.);*
- *de Orde van Geneesheren;*
- *de Provinciale Geneeskundige Commissie;*
- *het RIZIV;*
- *de overheidsdiensten voor volksgezondheid (federaal-, regionaal- en gemeenschapsniveau);*
- *ziekenfonds en verzekeringsorganismen;*
- *een nieuw opgericht organisme.*

Een enkel voorstel wordt algemeen aanvaard *:*

- de "als coach fungerende huisartsen en gespecialiseerde consulenten".

Te heroverwegen voorstellen

Q3.7DA Kunnen de hulpprogramma's worden georganiseerd door ...?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven,op de schaal gaande van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaal aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar JA	NEE
Door een instituut voor opleiding en gespecialiseerde interventie zoals "European Institute for Intervention and research on burnout", "Institut de formation et de thérapie pour soignants" ("Instituut voor vorming en therapie voor hulpverleners") (p50 = 7)	1	2
Door universiteiten (voor de studenten) (p50 = 7)	1	2

8. Financiering

Op de vraag wie er voor de financiering moet instaan, is er een consensus om het volgende voorstel te aanvaarden :

- *de overheidsdiensten voor volksgezondheid.*

Drie voorstellen werden bij consensus verworpen *:*

- *een persoonlijke financiële bijdrage van de huisartsen die aan deze hulpprogramma's deelnemen;*
- *een apart fonds waartoe de huisartsen zouden bijdragen;*
- *desgevallend, de werkgever van de arts (ziekenhuizen, groepspraktijken, polyklinieken, OCMW).*

Te heroverwegen voorstellen

Q3.8DA Kunnen de hulpprogramma's gefinancierd worden?:

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaande van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (heemaall aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar JA	NEE
Door ziekenfonds en verzekeringsorganismen (p50 = 6)	1	2
Door het RIZIV (p50 = 7)	1	2

9. Andere moeilijkheden waar de hulpprogramma's voor burnout bij huisartsen, zouden kunnen voor instaan

Voor wat betreft andere moeilijkheden die door programma's voor burnout bij huisartsen kunnen worden beheerd, wordt alleen "depressie" als voorstel aanvaard.

De "Persoonlijkheidsstoornissen" worden verworpen.

Te heroverwegen voorstellen

Q3.9DA Zouden de volgende moeilijkheden van huisartsen, kunnen aangepakt worden door hulpprogramma's voor burnout bij huisartsen ?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaande van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaal aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar	
	JA	**NEE**
Alleen burnout (p50 = 7)	1	2
Andere pijnpunten van psychosociale aard (stress, familiale problemen…) (p50 = 7)	1	2
Verslaving (p50 = 7)	1	2
Stoornissen rond angst, humeur, aanpassing (p50 = 7)	1	2

MODULE 4 : INFORMATIE EN PREVENTIE VAN BURNOUT

1. Acties ter preventie van burnout bij huisartsen

Over preventieacties aangaande burnout bij huisartsen, blijven de meningen van de respondenten zeer verdeeld. Geen enkele actie wordt verworpen, noch beschouwd als prioritair.

Te heroverwegen voorstellen

Q4.1DP Zijn de volgende acties prioritair uit te voeren om burnout bij huisartsen te voorkomen ?

Ter uwer informatie is voor elk vorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaandevan 1 (helemaal niet prioritair) tot 9 (helemaal prioritair).

	Ik vind dit voorstel prioritair	
	JA	**NEE**
Informatie over de mechanismen van burnout (p50 = 8)	1	2
Ontwikkeling van vaardigheden inzake volgende domeinen : relatie en communicatie met de patiënt, omgaan met medische fouten, begeleiding van psychiatrische patiënten (p50 = 7)	1	2
Tijdsbeheer, administratief beheer en vorming in informatica (p50 = 7)	1	2
Omgaan met stress en relaxatietechnieken (p50 = 8)	1	2
Omgaan met zwaar emotioneel geladen problematieken (p50 = 8)	1	2
Begeleiding van de huisarts (supervisie, coaching, Balintgroepen,...) (p50 = 7)	1	2

Q4.1DA Zijn de volgende acties aanvaardbaar voor de preventie van burnout bij huisartsen ?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaande van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaal aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar	
	JA	**NEE**
Promotie van welzijn en gezondheid (p50 = 8)	1	2
Specifiek programma voor het opsporen van burnout (p50 = 7)	1	2
Het belang, voor een huisarts, om zelf een eigen huisarts te hebben. (p50 = 7)	1	2
Gezondheidsbilan met inbegrip van een evaluatie van burnout (p50 = 7)	1	2

2. Het doelpubliek

Ook op vlak van doelpubliek zijn de meningen van de respondenten verdeeld; geen enkele prioriteit noch verwerping komt tot uiting.

Te heroverwegen voorstellen

Q4.2DP Op welk publiek moet men zich prioritair richten ?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven,op de schaal gaande van 1 (helemaal niet prioritair) tot 9 (helemaal prioritair).

	Ik vind dit voorstel prioritair	
	JA	**NEE**
Huisartsen en hun collega's en/of medewerkers (p50 = 7)	1	2
Studenten geneeskunde (master) (p50 = 8)	1	2
Assistenten algemene geneeskunde (complementaire master) (p50 = 7)	1	2

Q4.2DA Kunnen preventieacties zich richten op :

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven,op de schaal van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaal aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar	
	JA	**NEE**
Alleen huisartsen (p50 = 8)	1	2
Gezinsleden (p50 = 6)	1	2

3. De professionals die zouden kunnen instaan voor de preventieacties

Aangaande de professionals die volgens de respondenten zouden kunnen instaan voor de preventieacties, komt geen enkel voorstel tot uiting dat door de respondenten prioritair wordt geacht en ook geen dat wordt verworpen.

Te heroverwegen voorstellen

Q4.3DP Welk type professionals zou prioritair kunnen instaan voor de preventieacties ?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven,op de schaal gaande van 1 (helemaal niet prioritair) tot 9 (helemaal prioritair).

	Ik vind dit voorstel prioritair	
	JA	**NEE**
Huisartsen opgeleid voor dit type interventie (p50 = 8)	1	2
Psychologen, psychotherapeuten (p50 = 7)	1	2

Q4.3DA Kunnen de preventieacties worden uitgevoerd door...?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaande van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaal aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar	
	JA	**NEE**
Multidisciplinaire teams (p50 = 8)	1	2
Psychiaters (p50 = 7)	1	2

4. De organisatie van de preventieacties

Twee organisatiemodaliteiten worden als prioritair weerhouden *:*

op vrijwillige basis

met garantie van vertrouwelijkheid en anonimiteit

Zes voorstellen worden algemeen verworpen *:*

- *Met een persoonlijke financiële bijdrage van de deelnemers*
- *Gefinancierd door een speciaal fonds waarvoor huisartsen een contributie zouden betalen*
- *Met accreditering*
- *Verplicht*
- *Geografisch gecentraliseerd*
- *Gedelocaliseerd (bijvoorbeeld, per provincie).*

Te heroverwegen voorstellen

Q4.4DA Kunnen de preventieacties op de volgende manier worden georganiseerd...?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaande van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaal aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar	
	JA	**NEE**
Uitsluitend gericht op algemene geneeskunde (p50 = 7)	1	2
Openstaand voor andere gezondheidswerkers (p50 = 7)	1	2
Volledig gesubsidieerd (p50 = 7)	1	2

MODULE 5 : INFORMATIEKANALEN

Op vlak van de verspreiding van de informatie over preventieacties en hulpprogramma's, wordt geen enkel voorstel beschouwd als prioritair.

Zes voorstellen worden met consensus verworpen :

- *Desgevallend, de werkgevende structuren van de arts (ziekenhuizen, groepspraktijken, polyklinieken, plannings, OCMW)*
- *Vakorganisaties*
- *Orde van Geneesheren*
- *Provinciale Geneeskundige Commissie*
- *RIZIV*
- *Overheidsdiensten voor volksgezondheid (federaal-, regionaal- en gemeenschapsniveau);*
- *Ziekenfonds en verzekeringsorganismen*

Te heroverwegen voorstellen

Q5.1DP Informatie over preventieacties en hulpprogramma's voor huisartsen met een burnout moet prioritair worden verspreid door :

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaande van 1 (helemaal niet prioritair) tot 9 (helemaal prioritair).

	Ik vind dit voorstel prioritair	
	JA	**NEE**
Medische pers (p50 = 6)	1	2
LOK en "dodeca"groepen (p50 = 8)	1	2
Sessies van permanente vorming (p50 = 7)	1	2
Wetenschappelijke verenigingen (SSMG, Domus Medica, e.a.) (p50 = 7)	1	2

Q5.1DA Zou Informatie over preventieacties en hulpprogramma's voor huisartsen met een burnout kunnen worden verspreid door ...?

Ter uwer informatie is voor elk voorstel de bekomen mediaanwaarde (p50) uit de eerste Delphi-ronde aangegeven, op de schaal gaande van 1 (helemaal niet aanvaardbaar) tot 9 (helemaal aanvaardbaar).

	Ik vind dit voorstel aanvaarbaar	
	JA	**NEE**
Huisartsenkringen (p50 = 7)	1	2
Universiteiten (p50 = 8)	1	2

Bedankt voor uw medewerking.
We zullen niet nalaten u op de hoogte te houden van de publicatie van het finaal verslag van de studie.

7 CONSULATION DES EXPERTS ET DES STAKEHOLDERS

7.1 LIJST OF DE DEELNEMERS

Modérateurs		
RONDIA	Karin	
RAEYMAEKERS	Peter	
Equipe interne		
CLOSON	Jean-Pierre	KCE
DE TROYER	Marianne	ULB-METICES
EYSSEN	Maria	KCE
JONCKHEER	Pascale	KCE
KACENELENBOGEN	Nadine	ULB-CUMG
KOHN	Laurence	KCE
LEBEER	Guy	ULB
LEONARD	Christian	KCE
MERTENS	Raf	KCE
OFFERMANS	Anne-Marie	ULB-CUMG
PIERART	Julien	KCE
ROLAND	Michel	ULB-CUMG
STORDEUR	Sabine	KCE
Experts		
BOYDENS	Eric	
GODIN	Isabelle	ULB
MESTERS	Patrick	EURBO
PIETTE	Alain	SPF Emploi (DIRACT)
STRAETMANS	Mélanie	SPF Emploi (DIRACT)
VAN BAELEN	Sabina	KUL
VLERICK	Peter	Ugent
Stakeholders		
BAEKE	Rufij	SUV
BEKE	Paul	ORDOMEDIC
CAUWENBERGH	Carl	RIZIV
DE MAESSCHALCK	Stephanie	ORDOMEDIC
D'HOOGHE	Luc	AMONIS
GILLET	Anne	GBO
LE POLAIN	Manoël	UCL
LEFÈBVRE	Luc	SSMG
LEMYE	Roland	BVAS
MEERT	Claude	CDMG (SPF DG2)
PIQUARD	Didier	ULB
PRINGELS	Fabienne	FAG
VERCAMMEN	Dieter	DOMUS MEDICA
VERCRUYSSE	Bernard	CFCMG - FRHAK

7.2 AANBEVELINGEN FICHES TE DISCUTEREN

ACTIEDOMEIN: Initiatieven om evenwicht te brengen tussen professionele verplichtingen en bescherming

1- EEN HULPPROGRAMMA OPSTELLEN DAT SPECIFIEK GERICHT IS OP HUISARTSEN MET BURN-OUT

Context

In België bestaat er momenteel geen enkel specifiek programma voor de behandeling van huisartsen in burn-out. Sommige bestaande initiatieven concentreren zich niet specifiek op burn-out maar hebben betrekking op geestelijke gezondheid in het algemeen, ofwel richten ze zich niet op huisartsen maar op een ruimer publiek.

De respondenten van de Delphi-studie verkiezen massaal het gebruik van flexibele structuren -netwerken en/of lokale diensten- voor geïndividualiseerde hulp, eerder dan aan gespecialiseerde diensten of instellingen (gespecialiseerde klinieken) of andere behandelingsvormen die een verblijf in een instelling inhouden (residentiële hulpverlening).

De behandelingsvormen met een lage toegangsdrempel (groen oproepnummer voor een anoniem gesprek) die men in **het buitenland** ziet ontwikkelen, werden meteen al verworpen door de respondenten van de **Delphi-studie**.

Gezien de **internationale ervaringen** wordt aanbevolen om het programma dat uiteindelijk zal worden weerhouden, deel te laten uitmaken van een ruimere nationale strategie.

Doelstelling

De behandeling van huisartsen met burn-out garanderen.

Actielijnen

- De getroffen huisartsen laagdrempelige hulpverlening aanbieden (telefonisch contact en/of opvang 7d/7, 24h/24). Ondersteuning geboden door een netwerk van professionele hulpverleners (artsen, psychologen) die opgeleid zijn om te luisteren naar en raad te geven aan zieke artsen.
- Informatie ter beschikking stellen van de huisartsen over het feit dat beroep gedaan kan worden op organisaties die naar hen luisteren, hen steun en hulp bieden.
- Een netwerk opzetten van gespecialiseerde hulpverleners die coaching aanbieden tijdens individuele of groepssessies.
- Opzetten van diensten voor zorgcoördinatie die huisartsen met burn-out doorverwijzen naar een netwerk van professionele zorgverleners voor aangepaste behandeling van de vastgestelde problemen (onder een therapeutisch contract).
- Conventies aangaan met bestaande centra die gespecialiseerd zijn in de curatieve behandelingvan burn-out om een specifieke verzorging te garanderen van de zieke artsen (respecteren van de anonimiteit, rekening houden met de specificiteit van de zieke artsen - ontkenning en professionele kennis -)
- Een programma voor professionele reïntegratie opstarten (terugkeren naar de vorige professionele activiteit of heroriëntering) en een regelmatigefollow-up.
- Een globale strategie uitwerken die de een samenhangend programma garandeert gaande van gezondheidsbevorderende acties tot curatieve behandeling en follow-up.

Betrokken actoren

Beleidsmakers, RIZIV, beroepsorganisaties, gespecialiseerde centra, Orde van Geneesheren

1- EEN HULPPROGRAMMA OPSTELLEN DAT SPECIFIEK GERICHT IS OP HUISARTSEN MET BURN-OUT

Elementen voor discussie

- Sommige voorstellen en behandelingsmodaliteiten die door de respondenten van de Delphi-studie werden verworpen, zouden toch wenselijk kunnen zijn gezien bepaalde karakteristieken eigen aan burn-out.
- Is het netwerk van gespecialiseerde hulpverleners die geïndividualiseerd advies, coaching, evaluatie en verzorging bieden, de enige interventiemethode waaraan voorrang moet worden gegeven? Is een dag met geïndividualiseerde hulp, evaluatie en, indien nodig, verwijzing naar verzorging, het enige alternatief?
- Moeten deze interventies enkel gericht zijn op artsen, op artsen in opleiding en op artsen met hun levenspartner? Moet men interventies afwijzen die ook de ruime familie of medewerkers/collega's betrekken? In welke mate moet men de naaste familielieden opzijzetten bij de remediëring van het probleem als ze het gevaar lopen hieronder ook te gaan lijden?
- Is het mogelijk om alleen burn-out te behandelen en niet persoonlijkheidsstoornissen, andere aandoeningen van psychosociale aard, verslavingen en angsten, stemmings- en aanpassingsstoornissen? In feite overlappen deze begrippen elkaar; bij de evaluatie van de getroffen huisartsen gebeurt de differentiaaldiagnose met deze verschillende syndromen, en bij de verzorging van burn-out moet in de praktijk rekening gehouden worden met de verschillende mogelijke facetten van de problemen van de huisartsen.
- Kan men de psychiaters uitsluiten van debehandeling? Volgens de respondenten van de Delphi-studie lijkt geen enkele zorgverlener prioritair te zijn, en de enige aanvaardbare zorgverleners zijn de multidisciplinaire teams, de psychologen/psychotherapeuten en de huisartsen die voor dit type interventie werden opgeleid. De organisatoren van deze interventies zullen trouwens huisarts-coaches en gespecialiseerde adviseurs zijn (een Instituut voor vorming en voor gespecialiseerde interventie type "European Institute for intervention and research" wordt aanvaard door de respondenten van de Delphi-studie).
- Is het verstandig om de voorkeur te geven aan individuele consultaties? Voor de respondenten van de Delphi-studie lijken groepsprogramma's aanvaardbaar te zijn, maar niet in een groep met geneesheer-specialisten of met andere professionele gezondheidswerkers.
- Kan men een arts met burn-out alleen de verantwoordelijkheid laten nemen voor zijn behandeling gezien zijn gebrek aan energie en gezien de noodzaak van interventie met het oog op de veiligheid van zijn patiënten? De respondenten geven er de voorkeur aan dat de interventie op vrijwillige basis gebeurt en aanvaarden het idee dat dit kan gebeuren op vraag van de huisarts die de arts met burn-out doorverwijst, maar ze verwerpen de interventie van collega's, regelgevende instanties (Orde der geneesheren, Provinciale Medische Commissie), van de werkgeversstructuur of van iemand uit de entourage van de arts. Is dit aanvaardbaar voor de overheid, voor de volksgezondheid?
- De artsen-respondenten van de Delphi-studie bevelen eveneens aan de anonimiteit strikt te respecteren en verwerpen elke afwijking van die regel (regelmatig contact met de instantie die de arts met burn-out eventueel zou doorverwijzen of mogelijk signaleren aan de regelgevende instanties omdat de professionele bekwaamheid van de huisarts sterk gecompromitteerd is). Hier duikt een ethisch probleem op dat een afzonderlijk discussiepunt vormt: ofwel accepteert men dat behandeling gebeurt op vrijwillige basis uit naam van de bescherming van de artsen (en dan lijkt het moeilijk om dwingende medische beslissingen die kunnen volgen ook te verplichten, zoals een verbod om het beroep uit te oefenen ook al is het slechts tijdelijk); ofwel beroept men zich op de verantwoordelijkheid om patiënten te beschermen en dan komt men terecht in verplichte medische behandeling naar het model van de arbeidsgeneeskunde.

1- EEN HULPPROGRAMMA OPSTELLEN DAT SPECIFIEK GERICHT IS OP HUISARTSEN MET BURN-OUT

- Op gebied van financiering verwerpen de respondenten van de Delphi-studie de idee van een persoonlijke bijdrage van de huisartsen die aan deze hulpprogramma's deelnemen. Ook de oprichting van een speciaal fonds waartoe zou worden bijgedragen door de huisartsen en, in voorkomend geval, door de werkgevers van de huisartsen, wordt door hen afgewezen. Is het de taak van het Ministerie van volksgezondheid en van het RIZIV om fondsen te voorzien?

2- ORGANISEREN VAN GEZONDHEIDSZORG VOOR HUISARTSEN

Context

De gezondheid van de huisartsen vormt een wezenlijke uitdaging voor de maatschappij. Maar artsen zijn geen patiënten zoals alle andere.

Uit de **gesprekken** blijkt dat ze zich weinig en slecht verzorgen en dat ze weinig beroep doen op een collega (zelfdiagnose, zelfmedicatie, zelfopvolging van artsen).

De respondenten van de **Delphi-studie** erkennen nochtans dat het voor een huisarts belangrijk is om een eigen arts te hebben (dit is een van de mogelijk actielijnen, hoewel niet prioritair); deze laatste wordt trouwens gezien als de enige persoon die hen, in voorkomend geval, zou kunnen doorverwijzen naar een hulpinstelling die gespecialiseerd is in het behandelen van burn-out.

Doelstelling

Ervoor zorgen dat huisartsen kunnen genieten van gezondheidszorg; en een vroegtijdige opsporing van psychologische en lichamelijke problemen bevorderen.

Actielijnen

- Contractuele overeenkomst opdat elke arts zijn eigen huisarts zou hebben; artsen stimuleren om een medisch dossier bij een collega te hebben.
- Organisatie van regelmatige check-ups (jaarlijks of tweejaarlijks) waaronder een evaluatie van burn-out (niet verplicht, met bonus versus verplicht).
- Opzetten van programma's die gericht zijn op: het voorkomen van misbruik van alcohol of drugs, en het voorkomen van bepaalde geestelijke gezondheidsproblemen; het bevorderen van vroegtijdige identificatie en een aangepaste behandeling van artsen die worstelen met problemen van alcoholisme, toxicomanie of geestelijke gezondheid; hulp bieden bij de integratie of herintegratie in het uitoefenen van hun beroep.
- Opzetten van opsporingsprogramma's voor burn-out gericht op professionele gezondheidswerkers en de mogelijkheid om de arts te verwijzen naar een bestaande structuur (verwijzing naar een psycholoog of psychiater voor verzorging van geestelijke gezondheidsproblemen, depressie, professionele uitputting; verwijzing naar een dienst voor behandeling van verslaving; eventueel verwijzing naar een adviseur of een juridische hulpdienst voor het oplossen van sociaal-economische of juridische problemen.

Betrokken actoren

RIZIV/NRKP, verzekeraars, huisartsen

2- ORGANISEREN VAN GEZONDHEIDSZORG VOOR HUISARTSEN

Elementen voor discussie

Sommige voorstellen en behandelingsmodaliteiten die door de respondenten van de Delphi-studie werden verworpen, zouden toch wenselijk kunnen zijn gezien bepaalde karakteristieken eigen aan burn-out.

- Er zal veel weerstand moeten overwonnen worden met betrekking tot de noodzaak om een referentiearts te hebben.
- Diegenen die deze preventieve acties of het opsporen van burn-out zouden uitvoeren, kunnen huisartsen zijn die werden opgeleid voor dit type interventie, psychologen/psychotherapeuten en interventieteams. Psychiaters daarentegen worden uitgesloten. Is dit relevant?
- De deelname aan deze preventie- en opsporingsacties moet gebeuren op vrijwillige basis en de vertrouwelijkheid en anonimiteit moeten worden gegarandeerd.
- Een persoonlijke financiële bijdrage van de deelnemers, en het oprichten van een speciaal fonds waaraan huisartsen zouden bijdragen worden uitgesloten voor deelname aan deze preventie- en opsporingsacties.
- Een alternatief van het type arbeidsgeneesheer voor huisartsen is een actielijn die moet worden vermeden.

3- HET VERBETEREN VAN DE SOCIALE BESCHERMING VAN HUISARTSEN

Context

Huisartsen zijn zelfstandig maar ze genieten niet van enig voordeel dat gekoppeld is aan dit statuut (vrij kiezen van uurrooster, vrij verlof nemen, bepalen van begin en einde van de werkdag, onmogelijkheid om de vergoeding aan te passen in het kader van de overeenkomsten artsen-ziekenfondsen, minimale sociale bescherming in geval van onderbreking van hun activiteit).

Een prioriteit voor de respondenten van de **Delphi-studie** is een gewaarborgde uitkering bij ziekte/invaliditeit; en in de **gesprekken** werden hiervoor meerdere actielijnen naar voren gebracht.

Doelstelling

Het toekennen van "billijke" sociale bescherming met betrekking tot de verplichtingen die inherent zijn aan het beroep

Actielijnen

- Een gewaarborgde uitkering bij ziekte/invaliditeit;
- Speciaal fonds voor onmiddellijk gewaarborgd inkomen in geval van ITT + vergemakkelijken vervangingssysteem;
- Verlenging van het zwangerschapsverlof;
- Hulp bij het plannen van het pensioen;
- Vergemakkelijken van carrière-onderbrekingen, van deeltijds werk (aanvullende financiering, vervangingssysteem).

Betrokken actoren

Beleidsmakers (fiscaliteit van zelfstandigen), verzekeraars

3- HET VERBETEREN VAN DE SOCIALE BESCHERMING VAN HUISARTSEN

Elementen voor discussie

- De wens om al deze voordelen te verkrijgen gaat zelfs tot het suggereren om aan huisartsen de status van ambtenaar toe te kennen, maar hierover bestaat zeker geen unanimiteit
- De respondenten van de Delphi-studie verwerpen een verzekering die de behandeling van verslaving en geestelijke gezondheidszorgproblemenen zou dekken.

ACTIEDOMEIN: Initiatief om waardenconflicten te neutraliseren

4- UITNODIGEN TOT NADENKEN OVER DE WAARDEN DIE AAN DE BASIS LIGGEN VAN HET WERK VAN DE HUISARTS

Context

De **gesprekken** die werden uitgevoerd met huisartsen benadrukken de geladenheid van de intra-professionele waardenconflicten die samenhangen met het al dan niet erkennen van de morbiditeit van het medisch werk. Hieruit blijkt dat de belangrijkste waarde, nl de absolute plichtsbetrachting zelfs in staat is om het probleem van de burn-out onwaarneembaar te maken bij een deel van de beroepsgroep , en/of de schaamte en het schuldgevoel te versterken bij hen die erdoor worden getroffen. Deze "sociale stilte" -ook "wet van de stilte" genoemd - en de stigmatisering die ermee gepaard gaat, zijn fenomenen die erkend zijn op internationaal niveau en die beide bijdragen tot het in stand houden en zelfs verergeren van de burn-out. Door rond bepaalde waardenconflicten een openbaar debat (tijdens nationale en internationale conferenties) te houden, kan worden gekomen tot een betere aanvaardbaarheid van bepaalde actielijnen.

Doelstelling

Identificeren van de intra- en extra-professionele waarden die in conflict kunnen komen, om het conflict te kunnen ontkrachten.

Actielijnen

- Methode van collectief overleg (Staten-generaal van de algemene geneeskunde);
- Geïndividualiseerde benadering (geïndividualiseerde informatie, advies, coaching, psychotherapie) of benadering in groep (informatie, advies en coaching via de LOKs, Balint-groepen,etc.). Het beoogde doelpubliek moet bestaan uit geneesheren in opleiding en praktiserende geneesheren.

Betrokken actoren

Huisartsen, beroepsorganisaties, Orde der Geneesheren, instellingen voor opleiding, stressmanagement en therapie voor zorgverleners, faculteiten geneeskunde.

Elementen voor discussie

- Omdat huisartsen hun kwetsbaarheid voor burn-out ontkennen, is dit een uiterst gevoelig, moeilijk te analyseren en moeilijk te wijzigen onderwerp.
- Een generatieconflict is waarschijnlijk (weerstand vanwege de oudere artsen die gehecht zijn aan hun traditionele waarden van toewijding aan de geneeskunde; contrast van het begrip uitoefening van de geneeskunde (absolute toewijding versus een beroep net zoals alle andere; plicht versus evenwicht tussen beroep en sociaal leven);
- Dit thema kan het debat over de invloed van de vervrouwelijking van het beroep voeden.

ACTIEDOMEIN: Initiatieven om het gebrek aan steun van collega's te verzachten

5- EEN OVERLEGGROEP CREËREN OVER STEUN TUSSEN COLLEGA'S

Context

De **literatuurreview** vermeldt dat spanningen en conflictsituaties met collega-artsen gepaard gaan met een hogere mate van professionele uitputting en een gering gevoel van zelfontplooiing.

Hoewel deze moeilijke relaties kunnen ontstaan in het kader van concurrentie, wordt een actie die gericht is op het verminderen van de concurrentie tussen huisartsen en het bevorderen van een geest van solidariteit, door de respondenten van de **Delphi-studie** verworpen.

Steun van collega's, discussies in groep, team, de steun van collega's die ook een burn-out hadden en die deze hebben overwonnen, zijn even zovele mogelijke interventies die worden vermeld in de **literatuur**.

Doelstelling

Professionele ondersteuning en onderlinge verstandhouding opwaarderen

Actielijnen

- Het ontwikkelen van zelfhulpgroepen stimuleren (deze kunnen worden gedefinieerd als groepen waarin wederzijdse ondersteuning wordt geboden, grotendeels vrijwillig, min of meer gestructureerd, aan personen die gemeenschappelijke psychologische of sociale problemen hebben).
- Opzetten van systemen voor begeleiding en mentorship.

Betrokken actoren

Artsenverenigingen, Orde der Geneesheren, instellingen voor opleiding en ondersteuning van artsen met problemen

Elementen voor discussie

- Dit is een vrome wens.
- Volgens de gesprekken worden de LOKs en de dodecagroepen niet beschouwd als plaatsen waar gepraat kan worden over overbelasting of psychologische moeilijkheden. Nochtans worden ze (samen met wetenschappelijke organisaties) beschouwd als de belangrijkste informatiekanalen over preventieve acties en hulpprogramma's.

6- DE INITIATIEVEN VAN DE BELGISCHE OVERHEID BETREFFENDE DE STIMULERING VAN GROEPSPRAKTIJKEN VERDER ZETTEN

Context

Tijdens de **gesprekken** leek het groepskabinet of medisch huis een plaats te zijn waar men zonder valse schaamte kan praten over de grenzen van het engagement. Dit is echter geen wondermiddel aangezien sommige respondenten de oorzaak van hun burn-out eerder leggen bij de groepspraktijk zelf.

Deze actielijn is niet prioritair voor de respondenten van **Delphi**.

Het **KCE rapport over de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts** stelt voor om het werken in team of in netwerk te bevorderen teneinde het gevoel van isolatie en moeilijke werkomstandigheden te verminderen bij de huisartsen die alleen in hun praktijk werken.

6- DE INITIATIEVEN VAN DE BELGISCHE OVERHEID BETREFFENDE DE STIMULERING VAN GROEPSPRAKTIJKEN VERDER ZETTEN

Doelstelling

De huisartsen toelaten om de moeilijkheden die ze in hun praktijk ondervinden te delen, om te genieten van administratieve ondersteuning, en om bepaalde taken te delegeren en te genieten van multidisciplinair werk.

Actielijnen

- Financiële stimulansen voor de groepspraktijk
- Deze initiatieven beter bekend maken

Betrokken actoren

RIZIV, huisartsen, beleidsmakers

Elementen voor discussie

- De groep zelf kan een oorzaak van burn-out zijn (tijdens de gesprekken suggereerden sommige artsen om een ambulante bemiddelaar te voorzien voor groepspraktijken).
- Aan de medische huizen wordt een zekere ideologie geassocieerd.

ACTIEDOMEIN: Initiatieven om het gebrek aan controle over de beroepsactiviteit te verzachten

7 –DE HUISARTSEN STEUN VERLENEN BIJ HET BEHEREN VAN TIJD EN HET STELLEN VAN PRIORITEITEN

Context

De flexibiliteit van de uurroosters, de lange werkdagen, het beheer van spoedgevallen en de moeilijke harmonisering van privé- en beroepsleven zijn even zovele factoren die samenhangen met een burn-out.

Uit de **gesprekken** en uit de **wetenschappelijke literatuur** blijkt dat sommige technieken voor tijdbeheer als gunstig werden ervaren voor het voorkomen van een burn-out.

Het aanleren of gebruiken van technieken die het tijdbeheer verbeteren, worden nochtans niet als een prioriteit beschouwd door de groep respondenten van de **Delphi-studie**.

Doelstelling

Artsen mogelijkheden bieden om tot een beter beheer van hun tijd en een betere prioriteitsbeheersing te komen

Actielijnen

- Verbetering van het beheer van consultaties: verminderen van perioden van beschikbaarheid, reserveren van vaste dagen voor 'consultatie na afspraak'.
- Coaching of opleidingen in tijdbeheer en het stellen van prioriteiten bij het uitvoeren van taken.
- Aanpassing van de verplichting van de huisarts om zich te verplaatsen om zo tijdverlies te voorkomen door het vermijden van nutteloze verplaatsingen. Voorstellen van stimulansen om patiënten ertoe aan te zetten naar het kabinet van de arts te komen zodat de arts nutteloze verplaatsingen kan vermijden vs. voorzien van een verhoging van de honoraria voor nutteloze verplaatsingen (volgens de toestand van de patiënt of het relatieve niveau van urgentie).

Betrokken actoren

Huisartsen, RIZIV/NRKP, FOD volksgezondheid en arbeid, beroepsorganisaties

Elementen voor discussie

- Het uitoefenen van de algemene geneeskunde houdt het beheer in van onvoorspelbaarheid, van niet te plannen bezoeken die interfereren met de geprogrammeerde organisatie van de consultaties.
- Financiële incentives of sancties hebben weinig invloed op het gedrag van patiënten, vooral als de verhoging beperkt is; ze kunnen ook discriminatie veroorzaken voor personen met een laag inkomen.

8 –HET SENSIBILISEREN VAN PATIËNTEN ZODAT ZIJ MEER REALISTISCHE VERWACHTINGEN STELLEN

Context

Net zoals in ziekenhuizen wordt de algemene geneeskunde geconfronteerd met een aantal belangrijk consumentenpraktijken: patiënten doen een beroep op de huisarts op buitensporige uren, of doen een misplaatst beroep op de dienst spoedgevallen voor kleine, chronische problemen; medisch toerisme om een gewenst voorschrift te pakken te krijgen of bijkomende aanvullende onderzoeken; een huisbezoek eisen terwijl de toestand van de patiënt hem niet belet zich te verplaatsen....
Uit de **gesprekken** komen deze verschillende aspecten duidelijk naar voren.
Sensibilisering van patiënten zodat hun eisen ten aanzien van de huisarts meer realistisch zijn wordt als een prioritaire actielijn beschouwd door de respondenten van de **Delphi-studie**.

Doelstelling

De burgers ertoe brengen om op een redelijke en aangepaste manier een beroep te doen op het gezondheidszorgsysteem

Actielijnen

- Gebruik maken van de media om de bevolking te sensibiliseren over de rol van de huisarts, de wachtdiensten en de urgentiediensten (cfr. Campagnes GMD, antibiotica, opsporing van kanker, thema-uitzendingen radio/TV ; lokale kranten).
- Stimulansen/sancties voor de patiënten (is het huisbezoek wel gerechtvaardigd bijv.)?

Betrokken actoren

Beleidsmakers, huisartsen

Elementen voor discussie

- Financiële stimulansen/sancties hebben weinig invloed op het gedrag van patiënten, vooral indien de verhogingen minimaal zijn; ze kunnen ook discriminatie veroorzaken voor personen met een laag inkomen.
- De vicieuze cirkel van consumptie wordt ook gevoed door de positieve reacties van de huisartsen op de vragen van de patiënten. Maar hoe moeten we het vermogen van de artsen voor het doorbreken van deze vicieuze cirkel versterken?

ACTIEDOMEIN: Initiatieven om het gebrek aan erkenning van de huisartsgeneeskunde te verzachten

9 – DE OVERHEIDSINSPANNINGEN VOOR ERKENNING VAN DE ROL VAN DE HUISARTS VERDER ZETTEN

Context

De huisarts zou zich in het centrum van het gezondheidszorgsysteem moeten bevinden, maar toch delen studenten geneeskunde dit enthousiasme voor de eerstelijnszorg niet, huisartsen stoppen met hun beroep vooraleer ze zelfs maar goed geïnstalleerd zijn of na enkele jaren ervaring. Dit deserteren bedreigt de toekomst van de eerstelijnszorg in de geïndustrialiseerde landen, ja zelfs het evenwicht van onze gezondheidszorg.

Het **KCE-rapport over de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts** wijst bovendien op het belang van de negatieve perceptie van het beroep van huisarts, die met name gekoppeld is aan de plaats binnen de gezondheidszorg.

De **gesprekken** onderlijnen de problemen die samenhangen met de schaarste aan huisartsen en geven, evenals de **Delphi-studie**, verschillende mogelijkheden aan om de erkenning van de rol van de huisarts te verbeteren (gemeenschappelijk basisprogramma tussen specialist en huisarts, geïntegreerd dossiersysteem tussen specialisten en huisartsen, herdefiniëring van de echelonnering van de zorg).

Doelstelling

Verbeteren van het erkennen van de rol van huisartsen door patiënten, beleidsmakers en andere professionele gezondsheidswerkers.

Actielijnen

Het KCE-rapport 90 formuleert aanbevelingen die men terugvindt in de gesprekken en de Delphi-studie:

- Verbetering van de selectie en de universitaire vorming van studenten wat een gemeenschappelijk basisprogramma in de opleiding van huisartsen en specialisten impliceert, een snellere confrontatie met de algemene geneeskunde en de organisatie van kwaliteitsvolle stages.
- Invoeren van een gecentraliseerd dossiersysteem tussen specialisten en huisartsen, grotere complementariteit tussen huisartsen en specialisten.
- Verbetering van het imago van het beroep van huisarts. Dit zou een herdefiniëring moeten inhouden van de echelonnering van de zorg, diversificatie van de activiteiten en nieuwe carrièrevooruitzichten (bijvoorbeeld onderzoeksactiviteiten, initiatieven op het vlak van kwaliteit)

Betrokken actoren

Faculteiten van geneeskunde, RIZIV/NRKP, beleidsmakers, beroepsverenigingen

Elementen voor discussie

- De respondenten van de Delphi-studie verwerpen de idee van een evaluatieinstrument gericht op de opwaardering van het werk van de huisarts (behalve de vrouwelijke artsen en de artsen die met de Maslach test gediagnosticeerd werden als zijnde in burn-out).

10 – DE OVERHEIDSINSPANNINGEN VOOR HET VERBETEREN VAN DE HONORERING VAN HUISARTSEN VERDER ZETTEN

Context

De honorering van de huisarts wordt vaak aangehaald als een van de verklarende factoren voor de problemen met rekrutering en retentie in de algemene geneeskunde.

De **beleidsmakers** hebben al een financieel beleid uitgewerkt, zoals stimulansen voor het uitoefenen van de algemene geneeskunde in zones waar er een tekort is, ondersteuning bij de administratieve organisatie van de groepskabinetten, capitatie bij betaling per prestatie .

De financiële opwaardering van het beroep is geen prioriteit voor de respondenten van de **Delphi-studie**.

10 – DE OVERHEIDSINSPANNINGEN VOOR HET VERBETEREN VAN DE HONORERING VAN HUISARTSEN VERDER ZETTEN

Doelstelling

Een toereikend inkomen verzekeren voor de huisartsen

Actielijnen

- Aangepaste opwaardering van langdurige consultaties (complexe problematieken)
- Stimulansen voor permanente opleiding (organisatie in dagcursussen, financiële compensatie voor hieruit voortvloeiend verlies van inkomen);
- Geneeskunde tegen een vaste prijs;
- Praktische hulp voor het onderhoud van het medisch kabinet (huishouden);
- Voortzetting van de financiële initiatieven van de Belgische overheid op gebied van aanmoediging van groepswerk en installatie in zones met een tekort aan huisartsen (verbetering van informatie hierover op het einde van de studies);
- Correcte informatie over de honorering van huisartsen en over de diversificatie van de betalingsmechanismen om het huidige systeem van betaling per prestatie aan te vullen.

Betrokken actoren

Beleidsmakers, RIZIV

Elementen voor discussie

- Bestaat er een toereikend inkomen voor de huisartsen?

ACTIEDOMEIN: Initiatieven om overbelasting te voorkomen

11 – STEUNEN VAN CONCRETE MAATREGELEN DIE DE ADMINISTRATIEVE LAST VAN DE HUISARTSEN VERMINDEREN

Context

De administratieve last verminderen wordt gezien als een prioriteit door de respondenten van de **Delphi**-studie en er wordt ook verschillende malen melding van gemaakt tijdens de **gesprekken**.

De administratieve last hangt samen met activiteiten in verband met de patiënten, het RIZIV, de mutualiteiten of de coördinatie met de andere actoren van de gezondheidszorg.

Door de artsen die aan de gesprekken deelnamen, werden actielijnen voorgesteld.

Doelstelling

De tijd die door artsen moet worden besteed aan administratieve taken verminderen

CONFIDENTIAL

Actielijnen

- Ondersteuning bij de organisatie van een secretariaat voor het uitvoeren van taken zoals het maken van afspraken, opvolgen van dossiers, archivering van documenten, bestellen van formulieren....; deze actielijn is een prioriteit voor de respondenten van de Delphistudie.
- Administratieve vereenvoudiging (gemeenschappelijke formulieren voor attesten, verzekeringen, mutualiteiten...).
- Ondersteuning bij de boekhouding (facturatie, opvolging van de boekhouding....) zelfs voor artsen die alleen werken.
- Vergemakkelijking van de administratieve stappen zoals facturatie via derdebetalersregeling; verderzetten van de initiatieven van het RIZIV waarbij de sociale derdebetalersregeling wordt aangemoedigd.
- Vereenvoudiging van het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (elektronische toegang tot administratieve documenten en mogelijkheid om elektronisch patiënten door te verwijzen naar specialisten, afspraken maken via elektronische weg)

Betrokken actoren

Beleidsmakers

Elementen voor discussie

- Door hun grote complexiteit lijken de informatie- en communicatietechnologieën bij te dragen aan het probleem van burn-out bij huisartsen. Ze doen ook de vraag rijzen van de bescherming van persoonsgegevens. Daarentegen creëren ze ook nieuwe mogelijkheden bijvoorbeeld opleiding op afstand.

12 - EEN ONDERSTEUNENDE STRATEGIE UITWERKEN VOOR ARTSEN DIE ZWARE PATIËNTEN OF PATIËNTEN MET COMPLEXE PROBLEMEN VERZORGEN

Context

Het beheer van patiënten met een hoge emotionele/psychologische last enerzijds, en het ontwikkelen van vaardigheden in communicatie, beheer van medische fouten, begeleiding van psychiatrische patiënten, anderzijds, zijn 2 prioriteiten die werden geïdentificeerd door de **Delphi**-studie.

Tijdens de **gesprekken** benadrukken de artsen ook de last (emotioneel en op gebied van tijdsinvestering) die het verzorgen van patiënten met complexe problemen met zich meebrengt.

Doelstelling

Voor het ondersteunen van de verzorging van patiënten met complexe problemen moeten vaak bijzondere vaardigheden worden verworven of onderhouden, en moet meer tijd worden genomen voor de consultaties.

Actielijnen

- Opleiding, supervisie, coaching, psychologische opvolging van artsen die met dit type patiënten worden geconfronteerd;
- Het opzetten van multidisciplinaire teams (integratie van psychologen en maatschappelijk werkers) en/of vorming van lokale netwerken van specialisten, maatschappelijk assistenten en psychologen naar wie de patiënten kunnen worden doorverwezen.
- Proportioneel rekening houden met de tijd die wordt besteed aan lange consultaties (een specifieke code voor facturatie).

12 - EEN ONDERSTEUNENDE STRATEGIE UITWERKEN VOOR ARTSEN DIE ZWARE PATIËNTEN OF PATIËNTEN MET COMPLEXE PROBLEMEN VERZORGEN

Betrokken actoren

Beleidsmakers, instituten voor opleiding, stressmanagement en therapie voor zorgverleners, beroepsorganisaties

Elementen voor discussie

0 Gezien alle artsen met dit soort situaties en patiënten te maken kunnen krijgen, dient deze ondersteuning niet voor elke arts toegankelijk of zelfs verplicht te zijn?

13 – GOED GEORGANISEERDE WACHTDIENSTEN UITWERKEN OM DE HUISARTSEN VAN DE INDIVIDUELE WACHTDIENSTEN TE ONTLASTEN TERWIJL TOCH DE CONTINUÏTEIT VAN DE AMBULANTE ZORG WORDT GEGARANDEERD

Context

De verbetering van het systeem van de wachtdienst is een prioriteit voor de respondenten van de **Delphi**-studie.

Dit thema wordt ook benadrukt tijdens de **gesprekken** waar in dit opzicht verschillende voorstellen worden geformuleerd (financiële compensatie, vergoed inhaalverlof, wachtposten, stimulansen voor de patiënten om zich te verplaatsen, …).

Op dit moment wordt een KCE-rapport opgesteld dat concrete aanbevelingen zal doen in dit gebied. Deze aanbeveling zal dus later worden uitgewerkt.

14 – DE ARTSEN AANMOEDIGEN OM TECHNIEKEN VOOR STRESSMANAGEMENT TE GEBRUIKEN

Context

Hoe stressmanagement wordt toegepast, kan een invloed hebben op de verschillende elementen van de burn-out en in de **wetenschappelijke literatuur** wordt de relevantie benadrukt van technieken voor stressmanagement en preventie van burn-out. Merk op dat sommige van deze interventies (coping) moeten worden aangepast in functie van het geslacht van het doelpubliek. Het aanleren of gebruiken van deze technieken wordt niet als prioritair gezien door de groep respondenten van de **Delphi-studie**.

Doelstelling

Aan artsen manieren aanreiken om stresssituaties te identificeren en er het hoofd aan te bieden, om hun energie en hun middelen adequaat te mobiliseren, praktijken promoten die het welzijn en het behoud van professionele gezondheidswerkers bevorderen.

14 – DE ARTSEN AANMOEDIGEN OM TECHNIEKEN VOOR STRESSMANAGEMENT TE GEBRUIKEN

Actielijnen

- Het aanleren van technieken van stressmanagement en ontspanning, vorming van volledig bewustzijn.
- Inrichten van workshops over de gezondheid van artsen: vermoeidheid in de medische praktijk; de gevaren van het perfectionisme, de evolutie van de carrière; fouten en klachten overleven; ergonomie in het medisch kabinet.
- Specifieke cursussen geven aan huisartsen in opleiding om oplossingen te bespreken die hen zullen helpen om de eventuele moeilijkheden van hun praktijk te overwinnen (voorbeeld, de organisatie van een kabinet van huisarts, factoren van mogelijke stress van het beroep cfr. KCE-rapport 90B)
- Het aanmoedigen van praktijken die gericht zijn op het welzijn van de arts (cursussen, conferenties, informatiestanden tijdens medische congressen)
- Informatie met betrekking tot bestaande initiatieven op gebied van stressmanagement en het omgaan met angst.

Betrokken actoren

Huisartsen, faculteiten geneeskunde, beroepsverenigingen, beleidsmakers en bestaande voorzieningen.

Elementen voor discussie

- Het bevorderen van het welzijn en de gezondheid van de artsen wordt door de respondenten van de Delphi-studie beschouwd als een te vermijden actielijn .

7.3 FORMULAIRE D'EVALUATION DES FICHES (FR)

MERCI DE BIEN VOULOIR REMETTRE CE FORMULAIRE DANS LA BOÎTE PREVUE A CET EFFET AVANT VOTRE DEPART **Recommandations à évaluer (scorer de 1 à 5)**	**Priorité**	**Acceptabilité**	**Faisabilité**
Organiser un service de santé pour les médecins généralistes (R2)			
Améliorer les protections sociales des médecins généralistes (R3)			
Etablir un programme d'aide destiné spécifiquement aux médecins généralistes en burn out (R1)			
Susciter une réflexion sur les valeurs qui sous-tendent le travail des médecins généralistes (R4)			
Poursuivre les initiatives des Autorités belges concernant l'encouragement a la pratique de groupe (R6)			
Créer un groupe de réflexion sur le support confraternel (R5)			
Sensibiliser les patients afin que leurs attentes soient plus réalistes (R8)			
Poursuivre les efforts assurés par les autorités publiques pour la reconnaissance du rôle de la médecine générale (R9)			
Poursuivre les efforts assurés par les autorités publiques pour améliorer la rémunération des médecins généralistes (R10)			
Soutenir les médecins généralistes dans la gestion du temps et des priorités (R7)			
Encourager les médecins à utiliser des techniques de gestion du stress (R14)			
Elaborer une stratégie de soutien de la prise en charge des patientèles lourdes et des situations complexes (R12)			
Soutenir des mesures concrètes pour permettre de diminuer la charge administrative des médecins généralistes (R11)			
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 (R13)			

7.4 FORMULARIUM OM AANBEVELINGEN TE EVALUEREN

GELIEVE DIT FORMULIER VOOR UW VERTREK IN DE HIERVOOR VOORZIENE DOOS TE DEPONEREN AUB **Te evalueren aanbevelingen (scoren van 1 tot 5)**	**Prioriteit**	**Aanvaardbaarheid**	**Haalbaarheid**
Organiseren van gezondheidszorg voor huisartsen (R2)			
Het verbeteren van de sociale bescherming van huisartsen (R3)			
Een hulpprogramma opstellen dat specifiek gericht is op huisartsen met burn-out (R1)			
Uitnodigen tot nadenken over de waarden die aan de basis liggen van het werk van de huisarts (R4)			
De initiatieven van de Belgische overheid betreffende de stimulering van groepspraktijken verder zetten (R6)			
Een overleggroep creëren over steun tussen collega's (R5)			
Het sensibiliseren van patiënten zodat zij meer realistische verwachtingen stellen (R8)			
De overheidsinspanningen voor erkenning van de rol van de huisarts verder zetten (R9)			
De overheidsinspanningen voor het verbeteren van de honorering van huisartsen verder zetten (R10)			
De huisartsen steun verlenen bij het beheren van tijd en het stellen van prioriteiten (R7)			
De artsen aanmoedigen om technieken voor stressmanagement te gebruiken (R14)			
Een ondersteunende strategie uitwerken voor artsen die zware patiënten of patiënten met complexe problemen verzorgen (R12)			
Steunen van concrete maatregelen die de administratieve last van de huisartsen verminderen (R11)			
Goed georganiseerde wachtdiensten uitwerken om de huisartsen van de individuele wachtdiensten te ontlasten terwijl toch de continuïteit van de ambulante zorg wordt gegarandeerd (R13)			

8 REFERENTIES

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract. 2008;25(4):245-65.
6. 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.
7. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. Med Educ. 2000;34(6):430-6.
8. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. [Burn out among French general practitioners]. Presse Med. 2004;33(22):1569-74.
9. 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.
10. 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.
11. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Burn-out in Spanish general practitioners. Aten. Prim. 2005;35(2):108-9.
12. 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.
13. McCranie EW, Brandsma JM. Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. BEHAV. MED. 1988;14(1):30-6.
14. 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 Europeenne de Psychologie Appliquee Vol. 2000;50(3):309-14.
15. 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.
16. Soler JK, Yaman H, Esteva M. Burnout in European general practice and family medicine. Social Behavior and Personality Vol. 2007;35(8):1149-50.
17. 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.
18. 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.
19. Truchot D. Career orientation and burnout in French general practitioners. Psychological Reports Vol. 2008;103(3):875-81.
20. Truchot D. The burnout syndrome among GP: Influence of perceived inequity and communal orientation. Annales Medico Psychologiques Vol. 2009;167(6):422-8.
21. 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.

22. 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.

23. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W. Burnout contagion among general practitioners. Journal of Social & Clinical Psychology Vol. 2001;20(1):82-98.

24. Aubert J. "Médecine générale : complexités et incertitudes". Rev. Med. Suisse. 2009;5:1680-1.

25. Loiselet-Doulcet B. Thèse pour le doctorat en médecine, La féminisation de la médecine générale. Etude du devenir de six promotions de PCEM2 de la Faculté de Brest 1990 à 1995. 2008.

26. Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux. Programme d'écoute et d'accompagnement psychologique au service des professionnels de santé libéraux - Bilan au 31 décembre 2009. AAPML; 2009.

27. Galam E. Burnout des médecins libéraux - 4ème partie : un problème individuel, professionnel et collectif. Médecine. février 2008:83-5.

28. Lusilla P, Bruguera E, Arteman A, Gual A, Martinez M, Marcos V, et al. The integral care programme for sick physicians (PAIMM) of the medical council of Barcelona. In: Carrà G, Clerici M, editors. Dual diagnosis: filling the gap. Paris: John Libbey Eurotext; 2003. p. 77-84.

29. Berkels H, Henderson J, Henke N, Kuhne K, Lavikainen J, Lehtinen V, et al. Mental Health promotion and Prevention Strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in Europe - Final report 2001-2003. Dortmund: FIOSH; 2001.

30. Arteman A, Padros J. The health and wellbeing of health professionals. In: Proceedings of Venice Summer School on Human Resources for Health; 2008; Venice, Italy.

31. Bosch X. First Impaired Physicians Therapy Program Appears to Be Successful in Spain. JAMA. 2000;283(24):3186-7.

32. Tyssen R, Lusilla P, Gual A. Clinical management of physicians with mental and addictives disorders, a motivational (REAL) approach. In: Association EP, editor. Proceedings of 18th European Congress of Psychiatry; 2010; Munich, germany.

33. Schneider M, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier P. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. Swiss Med Wkly. 2007;137:121-6.

34. Peltenburg M, Hersperger M, Stucki I, Tschan W. Projet ReMed: rapport sur la phase pilote. Bulletin des médecins suisses. 2008;89(15):604-6.

35. Peltenburg M ReMed Réseau de soutien pour médecins [Berne: Peltenburg, M;2008 [cited April 27th]. Available from: http://www.fmh.ch/fr/rem/remed.html

36. Hersperger M, M P. ReMed: un réseau d'assistance pour les membres de la FMH. Bulletin des médecins suisses. 2006;87(25):1159-60.

37. Hersperger M, Peltenburg M. Konzept ReMed Schweiz ab 2011 - Version für die Zentralvorstandssitzung. Bern: 2010.

38. Keller R, Peltenburg M, Hersperger M, Hornung R. Résultats de l'étude de faisabilité concernant un réseau d'assistance pour les médecins. Bulletin des médecins suisses. 2007;88(20/21):867-73.

39. Peltenburg M, Hersperger M, Stucki I, Tschan W. Projet ReMed: par qui le réseau de soutien est-il sollicité? Bulletin des médecins suisses. 2008;89(50):2153-5.

40. Walther P, von Graffenried C. Pilotprojekt ReMed: Zweiter Bericht zur Evaluation. Bern: Fast4meter; 2008.

41. Keller R, Hornung R. Rete Medicorum - ReMed - Machbarkeitsstudie zu einem Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte. Zürich: Universität Zürich; 2007.

42. 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.

43. 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.

44. Ro K, Gude T, Tyssen R, Aasland O. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. BMJ. 2008;337(a2004):1-8.

45. 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.

46. Ro K, Tyssen R, Hoffart A, Sexton H, Aasland O, Gude T. A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. BMC Public Health. 2010;10(213):1-13.

47. Warhaft N. The Victorian Doctors Health Program: the first 3 years. MJA. 2004;181:376-9.

48. 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.

49. Wilhelm K, Reid A. Critical decision points in the management of impaired doctors: the New South Wales Medical Board program. MJA. 2004;181:372-5.

50. Clode D. Emotional health - The conspiracy of silence among Medical Practitioners. South Melbourne: 2004.

51. Rochfort A. The Health in Practice Programme - A system of healthcare and health information for GPs and their families in Ireland. In: Proceedings of AMA/CMA; 2006; Ottawa, Canada.

52. NHS. NHS practitioner health programme: report on the first year of operation. 2010 January.

53. Opinion leader. Practitioner Health Programme - Seeking views about the service one year on. London: 2010.

54. Cohen D, Rhydderch M. Assessment when performance gives rise to concern. In: Jackson N, Jamieson A, Khan A, editors. Assessment in Medical Education and Training: A Practical Guide Oxford: Radcliffe Publishing; 2007. p. 150-8.

55. Cohen D, Rollnick S, Smail S, Kinnersley P, Houston H, K. E. Communication, stress and distress: evolution of an individual support programme for medical students and doctors. Med Educ. 2005;39(5):476-81.

56. Cohen D, Rhydderch M. Measuring a doctor's performance: personality, health and well-being. Occup Med. 2006;56:438-41.

57. British Medical Association. Doctors for Doctors. In. London: BMA; 2009.

58. Health Policy & Economic Research Unit. The work of the Doctors for Doctors Unit in supporting doctors and promoting wellbeing within the profession. London: 2007.

59. Oxley JR. Services for sick doctors in the UK. Medical Journal of Australia. 2004;181(7):388-9.

60. BMA. Doctors' health matters. The work of the Doctors for Doctors Unit in supporting doctors and promoting wellbeing within the profession. BMA Health policy & economic research unit 2007 April.

61. Puddester DG. Canada responds: an explosion in doctors' health awareness, promotion and intervention. Medical Journal of Australia. 2004;181(7):386-7.

62. Kaufmann IM. Physician burnout: part II. Personal factors in burnout prevention and health maintenance. Ontario Medical Review. 2002:50-3.

63. 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.

64. CMA. Physician Health Matters: A mental health strategy for physicians in Canada. 2010.

65. Brewster JM, Hutchison S, Kaufmann IM. Guide for common indicators for canadian physician health programs:final report. 2005.

66. Kaufmann M. Medical Association services supporting doctors'wellbeing. The Physician Health Program of the Ontario Medical Association. In: Doctors' health matters:finding the balance. London: American Medical Association, Canadian Medical Association, British Medical Association; 2009.

67. OMA. Physician Health Program Annual Report 2008: Helping you achieve a better balance. OMA Physician Health Program; 2008.

68. Rich P. A report from the 2004 International Conference on Physician Health: Creating a healthy culture in medicine. 2004.

69. 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.

70. 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.

71. Maier D. Program/Clinical director message, Dr. Dianne Maier. PFSP Wave 2009.

72. Marshall EJ. Doctors' health and fitness to practise: treating addicted doctors. Occup Med (Lond). 2008;58(5):334-40.

73. Programme d'Aide aux Médecins du Québec. Rapport biennal d'activités 2007-2009. Montréal: PAMQ; 2009.

74. Collège des Médecins du Québec. Programme de suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine. Montréal: CMQ; 2005.

75. Verrijken G. Burn-out. de Huisarts 2009 02/04/2009.

76. Boydens E. Artsen zonder zorgen of zonder zelfzorg? de Huisarts 2007 18/10/2007.

77. Santé Conjuguée. Glossaire. Santé Conjuguée. 2004;30.

This page is left intentionally blank.

Wettelijk depot : D/2011/10.273/55

KCE reports

1. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. D/2004/10.273/1.
2. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase 1). D/2004/10.273/2.
3. Antibioticagebruik in ziekenhuizen bij acute pyelonefritis. D/2004/10.273/5.
4. Leukoreductie. Een mogelijke maatregel in het kader van een nationaal beleid voor bloedtransfusieveiligheid. D/2004/10.273/7.
5. Het preoperatief onderzoek. D/2004/10.273/9.
6. Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. D/2004/10.273/13.
7. Validatie van het rapport van de Onderzoekscommissie over de onderfinanciering van de ziekenhuizen. D/2004/10.273/11.
8. Financieringssystemen van ziekenhuisgeneesmiddelen: een beschrijvende studie van een aantal Europese landen en Canada. D/2004/10.273/15.
9. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel 1. D/2005/10.273/01.
10. De kost van tandprothesen. D/2005/10.273/03.
11. Borstkankerscreening. D/2005/10.273/05.
12. Studie naar een alternatieve financiering van bloed en labiele bloedderivaten in de ziekenhuizen. D/2005/10.273/07.
13. Endovasculaire behandeling van Carotisstenose. D/2005/10.273/09.
14. Variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardinfarct in België. D/2005/10.273/11.
15. Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. D/2005/10.273/13.
16. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid. Fase II : ontwikkeling van een actuarieel model en eerste schattingen. D/2005/10.273/15.
17. Evaluatie van de referentiebedragen. D/2005/10.273/17.
18. Prospectief bepalen van de honoraria van ziekenhuisartsen op basis van klinische paden en guidelines: makkelijker gezegd dan gedaan.. D/2005/10.273/19.
19. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. D/2005/10.273/21.
20. HTA Moleculaire Diagnostiek in België. D/2005/10.273/23, D/2005/10.273/25.
21. HTA Stomamateriaal in België. D/2005/10.273/27.
22. HTA Positronen Emissie Tomografie in België. D/2005/10.273/29.
23. HTA De electieve endovasculaire behandeling van het abdominale aorta aneurysma (AAA). D/2005/10.273/32.
24. Het gebruik van natriuretische peptides in de diagnostische aanpak van patiënten met vermoeden van hartfalen. D/2005/10.273/34.
25. Capsule endoscopie. D/2006/10.273/01.
26. Medico–legale aspecten van klinische praktijkrichtlijnen. D2006/10.273/05.
27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. D2006/10.273/07.
28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België. D2006/10.273/10.
29. Nationale Richtlijnen College voor Oncologie: A. algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek B. wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker. D2006/10.273/12.
30. Inventaris van databanken gezondheidszorg. D2006/10.273/14.
31. Health Technology Assessment prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening. D2006/10.273/17.
32. Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport : deel II. D/2006/10.273/19.
33. Effecten en kosten van de vaccinatie van Belgische kinderen met geconjugeerd pneumokokkenvaccin. D/2006/10.273/21.
34. Trastuzumab bij vroegtijdige stadia van borstkanker. D/2006/10.273/23.
35. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase III)- precisering van de kostenraming. D/2006/10.273/26.
36. Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België. D/2006/10.273/28.

37. HTA Magnetische Resonantie Beeldvorming. D/2006/10.273/32.
38. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). D/2006/10.273/35
39. Rapid assessment van nieuwe wervelzuil technologieën : totale discusprothese en vertebro/ballon kyfoplastie. D/2006/10.273/38.
40. Functioneel bilan van de patiënt als mogelijke basis voor nomenclatuur van kinesitherapie in België? D/2006/10.273/40.
41. Klinische kwaliteitsindicatoren. D/2006/10.273/43.
42. Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België. D/2006/10.273/45.
43. Herziening bestaande praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/48.
44. Een procedure voor de beoordeling van nieuwe medische hulpmiddelen. D/2006/10.273/50.
45. HTA Colorectale Kankerscreening: wetenschappelijke stand van zaken en budgetimpact voor België. D/2006/10.273/53.
46. Health Technology Assessment. Polysomnografie en thuismonitoring van zuigelingen voor de preventie van wiegendood. D/2006/10.273/59.
47. Geneesmiddelengebruik in de belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. D/2006/10.273/61
48. Chronische lage rugpijn. D/2006/10.273/63.
49. Antivirale middelen bij seizoensgriep en grieppandemie. Literatuurstudie en ontwikkeling van praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/65.
50. Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. D/2006/10.273/68.
51. Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet- aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar. D/2007/10.273/01.
52. Rapid Assessment: Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartspraktijk. D/2007/10.273/03.
53. Financiering van verpleegkundige zorg in ziekenhuizen. D/2007/10 273/06
54. Kosten-effectiviteitsanalyse van rotavirus vaccinatie van zuigelingen in België
55. Evidence-based inhoud van geschreven informatie vanuit de farmaceutische industrie aan huisartsen. D/2007/10.273/12.
56. Orthopedisch Materiaal in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/14.
57. Organisatie en Financiering van Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie in België. D/2007/10.273/18.
58. De Implanteerbare Defibrillator: een Health Technology Assessment. D/2007/10.273/21.
59. Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde. D2007/10.273/24.
60. Longfunctie testen bij volwassenen. D/2007/10.273/27.
61. Vacuümgeassisteerde Wondbehandeling: een Rapid Assessment. D/2007/10.273/30
62. Intensiteitsgemoduleerde Radiotherapie (IMRT). D/2007/10.273/32.
63. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van borstkanker. D/2007/10.273/35.
64. HPV Vaccinatie ter Preventie van Baarmoederhalskanker in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/41.
65. Organisatie en financiering van genetische diagnostiek in België. D/2007/10.273/44.
66. Health Technology Assessment: Drug-Eluting Stents in België. D/2007/10.273/47
67. Hadrontherapie. D/2007/10.273/50.
68. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase IV : Verdeelsleutel tussen het Fonds en de verzekeraars. D/2007/10.273/52.
69. Kwaliteit van rectale kankerzorg – Fase 1: een praktijkrichtlijn voor rectale kanker D/2007/10.273/54.
70. Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediterings-programma's in Europa D/2008/10.273/57.
71. Aanbevelingen voor het gebruik van vijf oftalmologische testen in de klinische praktijk .D/2008/10.273/04
72. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. D/2008/10.273/07

73. Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen: definitie en evaluatie van een geriatrische patiënt, definitie van de interne liaisongeriatrie en evaluatie van de middelen voor een goede financiering. D/2008/10.273/11
74. Hyperbare Zuurstoftherapie: Rapid Assessment. D/2008/10.273/13.
75. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van slokdarm- en maagkanker. D/2008/10.273/16.
76. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of quo vadis? D/2008/10.273/18.
77. Orthodontie bij kinderen en adolescenten. D/2008/10.273/20.
78. Richtlijnen voor farmaco-economische evaluaties in België. D/2008/10.273/23.
79. Terugbetaling van radioisotopen in België. D/2008/10.273/26
80. Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg. D/2008/10.273/35.
81. Kwaliteit van rectale kankerzorg – phase 2: ontwikkeling en test van een set van kwaliteitsindicatoren. D/2008/10.273/38
82. 64-Slice computertomografie van de kransslagaders bij patiënten met vermoeden van coronaire hartziekte. D/2008/10.273/40
83. Internationale vergelijking van terugbetalingsregels en juridische aspecten van plastische heelkunde. D/200810.273/43
84. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden. D/2008/10.273/46
85. Vergelijking van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. D/2008/10.273/49.
86. Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg: mogelijkheden en beperkingen. D/2008/10.273/52.
87. Het gebruik van kinesitherapie en van fysische geneeskunde en revalidatie in België. D/2008/10.273/54.
88. Chronisch Vermoeidheidssyndroom: diagnose, behandeling en zorgorganisatie. D/2008/10.273/58.
89. Rapid assessment van enkele nieuwe behandelingen voor prostaatkanker en goedaardige prostaathypertrofie. D/2008/10.273/61
90. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. D/2008/10.273/63
91. Hoorapparaten in België: health technology assessment. D/2008/10.273/67
92. Nosocomiale infecties in België, deel 1: nationale prevalentiestudie. D/2008/10.273/70.
93. Detectie van adverse events in administratieve databanken. D/2008/10.273/73.
94. Intensieve maternele verzorging (Maternal Intensive Care) in België. D/2008/10.273/77
95. Percutane hartklep implantatie bij congenitale en degeneratieve klepletsels: A rapid Health Technology Assessment. D/2008/10.273/79
96. Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekerings-overeenkomsten. D/2008/10.273/82
97. NOK/PSY revalidatiecentra: doelgroepen, wetenschappelijke evidentie en zorgorganisatie. D/2009/10.273/84
98. Evaluatie van universele en doelgroep hepatitis A vaccinatie opties in België. D/2008/10.273/88
99. Financiering van het geriatrisch dagziekenhuis. D/2008/10.273/90
100. Drempelwaarden voor kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg. D/2008/10.273/94
101. Videoregistratie van endoscopische chirurgische interventies: rapid assessment. D/2008/10.273/97
102. Nosocomiale Infecties in België: Deel II, Impact op Mortaliteit en Kosten. D/2009/10.273/99
103. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten' - eerste tussentijds rapport. D/2009/10.273/04.
104. Robotgeassisteerde chirurgie: health technology assessment. D/2009/10.273/07
105. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van pancreaskanker. D/2009/10.273/10
106. Magnetische Resonantie Beeldvorming: kostenstudie. D/2009/10.273/14
107. Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg – Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systxxeem in België. D/2009/10.273/16

108. Tiotropium in de behandeling van Chronisch Obstructief Longlijden (COPD): Health Technology Assessment. D/2009/10.273/18
109. De waarde van EEG en geëvokeerde potentialen in de klinische praktijk.3 D/2009/10.273/21
110. Positron Emissie Tomografie: een update. D/2009/10.273/24
111. Medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies voor de ziekte van Alzheimer, een rapid assessment. D/2009/10.273/27
112. Beleid voor weesziekten en weesgeneesmiddelen. D/2009/10.273/30.
113. Het volume van chirurgische ingrepen en de impact ervan op de uitkomst: haalbaarheidsstudie op basis van Belgische gegevens. D/2009/10.273/33.
114. Endobronchiale kleppen bij de behandeling van ernstig longemfyseem Een "rapid" Health Technology Assessment. D/2009/10.273/37.
115. Organisatie van palliatieve zorg in België. D/2009/10.273/40
116. Rapid assessment van interspinale implantaten en pedikelschroeven voor dynamische stabilisatie van de lumbale wervelkolom. D/2009/10.273/44
117. Gebruik van point-of care systemen bij patiënten met orale anticoagulatie: een Health Technology Assesment. D/2009/10.273/47
118. Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van 'Pay for Quality' programma's in België. D/2009/10.273/50.
119. Aspecifieke nekpijn: diagnose en behandeling. D/2009/10.273/54.
120. Hoe zelfvoorziening in stabiele plasmaderivaten voor België verzekeren? D/2009/10.273/57.
121. Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een "all-in" pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen.D/2010/10.273/01
122. Financiering van de thuisverpleging in België. D/2010/10.273/05
123. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten' - tweede tussentijds rapport. D/2010/10.273/08
124. Organisatie en financiering van chronische dialyse in België. D/2010/10.273/11
125. Invloed van onafhankelijke artsenbezoekers op de praktijk van artsen in de eerste lijn. D/2010/10.273/14
126. Het referentieprijssysteem en socio-economische verschillen bij het gebruik van goedkopere geneesmiddelen. D/2010/10273/18
127. Kosteneffectiviteit van antivirale behandeling voor chronische hepatitis B in België. Deel 1: Literatuuroverzicht en resultaten van een nationale studie.. D/2010/10.273/22.
128. Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem. D/2010/10.273/25.
129. Opsporing van borstkanker tussen 40 en 49 jaar. D/2010/10.273/28.
130. Kwaliteitscriteria voor stageplaatsen van kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten. D/2010/10.273/33.
131. Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis. D/2010/10.273/37.
132. Is Neonatale Screening op Mucoviscidose aangewezen in België? D/2010/10.273/41.
133. Optimalisatie van de werkingsprocessen van het Bijzonder Solidariteitsfonds. D/2010/10.273/44
134. De vergoeding van slachtoffers besmet met het hepatitis C-virus of het HIV-virus door bloedtransfusie. D/2010/10.273/47.
135. Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten. D/2010/10.273/49.
136. Bewaking op afstand van patiënten met geïmplanteerde defibrillatoren. Evaluatie van de technologie en breder regelgevend kader. D/2010/10.273/53.
137. Pacemakertherapie voor bradycardie in België. D/2010/10.273/56.
138. Het Belgische Gezondheidssysteem in 2010. D/2010/10.273/59.
139. Richtlijnen voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen. D/2010/10.273/62
140. Cardiale revalidatie: klinische doeltreffendheid en gebruik in België. D/2010/10.273/65.
141. Statines in België: evolutie in het gebruik en invloed van het terugbetalingsbeleid.D/2010/10.273/69.
142. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een update van de nationale richtlijn voor testiskanker. D/2010/10.273/72.
143. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een update van de nationale richtlijn voor borstkanker. D/2010/10.273/75

144. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persisterende mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis? D/2010/10.273/78
145. Cardiale Resynchronisatie Therapie. Een Health Technology Assessment. D/2011/10.273/82.
146. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten'. D/2010/10.273/85.
147. Vergoedingssystemen voor geneesmiddelen: internationale vergelijking en beleidsaanbevelingen. D/2010/10.273/88
148. Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België. D/2010/10.273/91.
149. Kwaliteitsindicatoren in oncologie: teelbalkancer. D/2010/10.273/96.
150. Kwaliteitsindicatoren in oncologie: borstkanker. D/2010/10.273/99
151. Kosteneffectiviteit van vaccinatie tegen windpokken bij kinderen en tegen zona bij ouderen in België. D/2010/10.273/102.
152. Kwaliteitsindicatoren in oncologie: voorwaarden voor het opzetten van een kwaliteitssysteem. D/2011/10.273/01
153. Acupunctuur: situatie in België. D/2011/10.273/04
154. Stand van zaken van de homeopathie in België. D/2011/10.273/12.
155. Kosteneffectiviteit van 10- en 13-valent geconjugeerde pneumokokkenvaccins bij kinderen. D/2011/10.273/19.
156. Zuurstoftherapie thuis. D/2011/10.273/23.
157. Economische evaluatie van antivirale behandeling van chronische hepatitis B in België – Deel 2. D/2011/10.273/27.
158. De klinische evaluatie vóór markttoegang van innovatieve hoogrisico medische hulpmiddelen. D/2011/10.273/29.
159. Geneesmiddelen ter preventie van osteoporotische fracturen. D/2011/10.273/32.
160. Dementie: welke niet-pharmacologische interventies? D/2011/10.273/35.
161. Kwaliteit van rectale kankerzorg - fase 3: statistische methoden om centra te benchmarken met een set van kwaliteitsindicatoren. D/2011/10.273/38.
162. Vaccinatie tegen seizoensinfluenza: prioritaire doelgroepen - Deel I. D/2011/10.273/43.
163. Transcatheter aortakunstklep implantatie (TAVI): een Health Technology Assessment actualisatie. D/2011/10.273/46.
164. Diagnose en behandeling van spataders in de benen. D/2011/10.273/50.
165. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. D/2011/10.273/53.