

## **RAPPORT ANNUEL - MÉDECINS EN DIFFICULTÉ 2018**

### **0. RÉSUMÉ**

2018 a marqué la deuxième année de fonctionnement de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ*, c'est aussi l'année de la consolidation (interne) du projet.

Quelques données clés de l'année 2018 :

- Une équipe nationale de 60 médecins de confiance qui suivent deux journées de formation par an est prête à accompagner, vers une aide professionnelle adéquate, des médecins ayant des problèmes psychiques qui cherchent de l'aide. Cet accompagnement se fait en toute discrétion et en toute indépendance de la structure disciplinaire de l'Ordre des médecins, dans le respect du secret professionnel.
- La plate-forme d'aide a reçu au total 254 demandes d'aide de médecins (entre novembre 2016 et décembre 2018), dont 167 en 2018.
- Le groupe de travail Bien-être des étudiants et des médecins-assistants, en collaboration avec les facultés belges de médecine, est prêt pour la prochaine phase qui consiste à élaborer des propositions concrètes visant la prévention du burn-out.
- Un groupe de travail international, *European Practitioner Health Provider Network* (EPHPN), a été créé en collaboration avec d'autres organisations d'aide européennes. Des organisations d'aide y échangent expériences et connaissances et le groupe de travail tente de renforcer l'aide aux médecins en Europe.
- *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* a poursuivi son travail de sensibilisation du monde médical par des présentations lors de réunions Glem, dans les hôpitaux et lors de symposiums pour ainsi contribuer à briser le tabou qui entoure la vulnérabilité des médecins.
- *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* a recueilli des informations sur les bonnes pratiques en Belgique et à l'étranger ainsi que sur des études au sujet de problèmes psychiques des médecins. L'un des résultats les plus marquants a été consigné par une étude menée auprès d'assistants spécialistes belges en 2018<sup>1</sup> : 41 % d'entre eux répondaient aux critères standard de burn-out.
- *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* a déposé sa candidature pour trois projets-pilotes en matière de prévention du burn-out auprès de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, madame Maggie De Block.

Les objectifs pour l'année 2019 sont de/d' :

- a) collaborer encore plus intensivement avec d'autres organisations belges pour l'aide aux médecins et avec d'autres personnes intéressées de ce secteur ;
- b) examiner si et comment l'aide proposée peut être élargie à d'autres problèmes que les problèmes psychiques des médecins (soutien en cas de difficultés financières, organisationnelles, juridiques, sociales) ;
- c) poursuivre la sensibilisation et la promotion du projet envers les médecins.

---

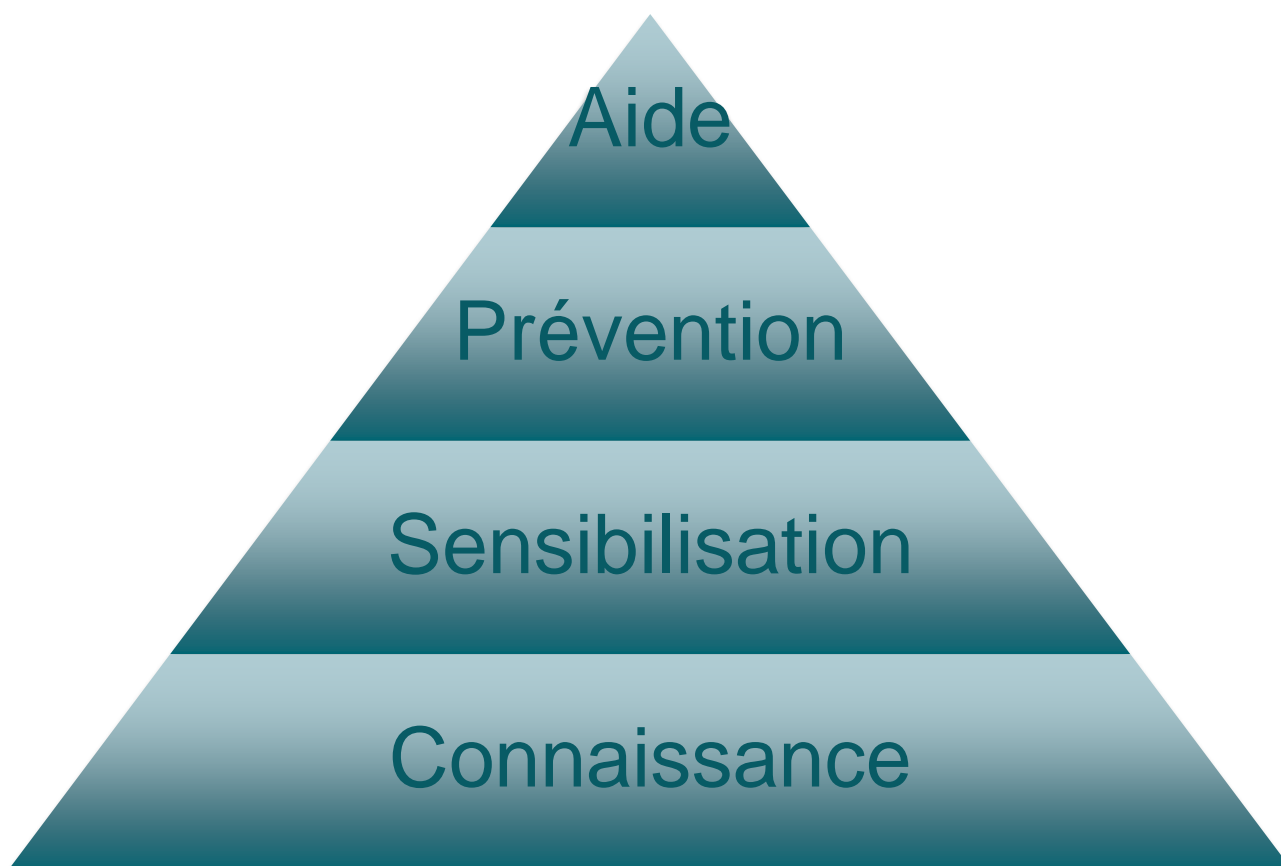
<sup>1</sup> van Vendeloo et al. BMC Medical Education (2018) ; <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1166-6>

## I. MISSION

*MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* vise les **problèmes d'ordre psychique des médecins**, pouvant influencer la qualité des soins qu'ils dispensent.

C'est un organisme indépendant destiné à tous les médecins ainsi qu'aux médecins en formation, aux étudiants en médecine et à leur entourage, axé tant sur la **prévention** que sur l'offre d'un **accompagnement** accessible, discret et confidentiel.

En outre, il s'agit d'un **centre de connaissance** et d'un point de contact central pour toutes les personnes intéressées. Cette structure réunit des informations relatives à cette problématique et les rend accessibles.



## II. STRUCTURE

*MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* est structuré comme suit :

Le Comité de gestion assure la gestion quotidienne de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ*.

Le Comité de gestion de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* est également en concertation régulière avec la Commission d'accompagnement composée d'un représentant de chaque conseil provincial de l'Ordre des médecins. Cette Commission :

- évalue le fonctionnement de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* ;
- propose des adaptations visant l'organisation, la façon de communiquer et l'approche du projet *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* et est la réelle gestion de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* ;
- contribue à l'établissement du plan d'action annuel et du budget annuel ;
- transmet le feed-back des conseils provinciaux par l'intermédiaire de leur représentant ;
- promeut le projet envers des tiers par son réseau.

Le Comité de gestion de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* est en rapport régulier avec le Bureau du Conseil national de l'Ordre des médecins qui doit donner :

- son aval pour toute décision stratégique proposée par la Commission d'accompagnement de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* ;
- son approbation pour toute action ayant des implications financières ;
- son accord pour toute communication externe.

Il existe un mur impénétrable entre le Conseil national et l'aide donnée par *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ*.

Les activités de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* comprennent l'assistance et l'aide aux médecins, des mesures de prévention et de sensibilisation. Il développe également un centre de connaissance dans le domaine des problèmes psychologiques en tenant compte de la spécificité du métier de médecin.

## III. FONCTIONNEMENT EN 2018

### A. AIDE

#### a) Généralités

Un médecin qui est confronté à des problèmes psychiques et qui cherche de l'aide peut prendre contact avec *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* au numéro national gratuit 0800 23 460, via le formulaire disponible sur le site [www.medecinsendifficulte.be](http://www.medecinsendifficulte.be) ou à l'adresse électronique [info@medecinsendifficulte.be](mailto:info@medecinsendifficulte.be). Le chargé de mission, qui est une première oreille attentive, reçoit toutes les demandes : selon la demande d'aide, il intervient lui-même en cherchant ou en fournissant des informations ou, dans le cas d'une problématique psychique, il propose toujours un entretien avec l'un des médecins de confiance de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ*. Il incombe au médecin de confiance d'écouter, de soutenir et, le cas échéant, de renvoyer le médecin qui cherche de l'aide, en

concertation avec celui-ci, vers un professionnel externe pour un traitement (psychologue, psychiatre, coach, etc.). Les médecins de confiance participent à deux journées de formation par an.

#### b) Rétrospective 2018

En 2018, 167 médecins ont fait appel à la plate-forme d'aide *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ*, contre 61 médecins en 2017. L'e-mailing, surtout, adressé en avril 2018 aux 40.000 médecins de notre base de données a eu des répercussions positives évidentes sur le nombre de demandes d'aide entrantes. Un tel mailing doit donc être répété régulièrement.

Depuis le lancement en novembre 2016, le nombre total de demandes d'aide à la fin de l'année 2018 était de 254. Les chiffres indiqués ci-dessous portent sur ces chiffres cumulatifs. Vous trouverez en annexe 1 des diagrammes avec des informations détaillées.

Dans presque un tiers des cas (80), le « burn-out » était la raison de la demande d'aide. D'autres problèmes fréquents sont une charge de travail trop élevée (21), une assuétude (21), du harcèlement (18), une dépression (17) et des conflits sur le lieu du travail (12). Dans presque un cas sur trois, plus d'une problématique était présente. Outre les problématiques psychiques, il est aussi question pour ces médecins de problèmes juridiques, organisationnels, sociaux et/ou financiers.

40 % des demandeurs sont des médecins généralistes, 35 % des spécialistes et 20 % des étudiants/médecins en formation. 62 % sont des femmes, 57 % sont néerlandophones et 43 % francophones. La moitié des demandes arrive via la ligne téléphonique nationale d'aide, au 0800 23 460.

Dans 40 % des demandes, des entretiens d'accompagnement avec un médecin de confiance se sont tenus et dans 10 % des cas encore, un accompagnement complémentaire avec le chargé de mission, ou d'autres organisations comme la *Commission Professionnelle et Sociale* du Conseil provincial de l'Ordre des médecins de Bruxelles et du Brabant wallon ou le *Comité Provinciale d'Entraide Médicale* de la province de Liège a eu lieu.

Actuellement, 60 médecins de confiance (33 néerlandophones et 27 francophones) sont actifs et répartis sur tout le pays. Si un médecin de confiance intervient, il a environ deux entretiens avec le médecin qui cherche de l'aide. Dans un nombre limité de cas, le médecin de confiance a eu jusqu'à six entretiens, il s'agissait généralement d'une problématique plurifactorielle, souvent des dépendances. Dans certaines régions, nous n'avons pas encore pu trouver de médecins de confiance : région d'Arlon, de Marche-en-Famenne, de Courtrai, de Furnes, de Brakel/Ninove, de Hal, de Lierre, de Geel.

#### c) Défis

Il est primordial de continuer à faire connaître la plate-forme auprès de toute la population de médecins et de continuer à répéter ce message lors des réunions Glem, dans les hôpitaux, lors des réunions des cercles, lors de symposiums, etc.

Une donnée essentielle est qu'un tiers des demandeurs (83) avait besoin d'une aide complémentaire sur le plan du soutien organisationnel (48 fois), juridique (27 fois), social (20 fois) et financier (19 fois), en plus de l'accompagnement psychique. Dans la mesure du possible, les médecins de confiance et le chargé de mission ont essayé de compenser ce besoin supplémentaire, dans certains cas avec l'aide d'autres organisations (voir ci-après). Mais il est évident que nous ne sommes pas assez compétents dans cette forme de soutien pour répondre adéquatement aux besoins du médecin cherchant de l'aide ; de ce fait, les répercussions de notre accompagnement vers une aide psychique sur le bien-être du médecin restent peut-être limitées.

Une limite ressentie par notre équipe est que nous ne pouvons pas aider les médecins en cas de problèmes engendrés par des différends/harcèlement intercollégiaux (principalement en hôpitaux) qui ne sont pas (suffisamment) pris en charge par la direction médicale ou que le médecin cherchant de l'aide n'a parfois pas osé signaler à la direction médicale. Il est poignant de voir que certaines directions demandent plutôt au médecin harcelé de quitter le service qu'au médecin harceleur ; ce dernier fait souvent participer l'équipe de confrères bon gré/mal gré à harcèlement. Dans presque tous les cas, le médecin harceleur abuse de son pouvoir (institutionnel) dans les hôpitaux concernés.

Les histoires de stagiaires et médecins-assistants en milieu hospitalier sont aussi nombreuses : ils se brisent littéralement en raison du régime imposé du nombre d'heures successives de travail/de gardes impossibles à tenir et sans récupération, souvent combinées à un accompagnement insuffisant en comparaison de leur expérience ou des responsabilités à assumer. La pression exercée sur le maître de stage pour garder le service rentable, associée à la suprématie du maître de stage qui est à la fois encadrant et évaluateur, fait que les assistants ne peuvent/n'osent rien opposer, ce qui les entraîne vers le fond du gouffre et dans certains cas leur fait même prendre la décision de quitter complètement la profession de médecin. Un meilleur système de contrôle (externe ?) et une autre organisation de la formation s'imposent pour en finir définitivement avec ces pratiques, souvent illégales, mais encore trop tolérées. Une première étape serait la création d'un point de contact national pour les problèmes/plaintes des stagiaires et assistants pendant la formation.

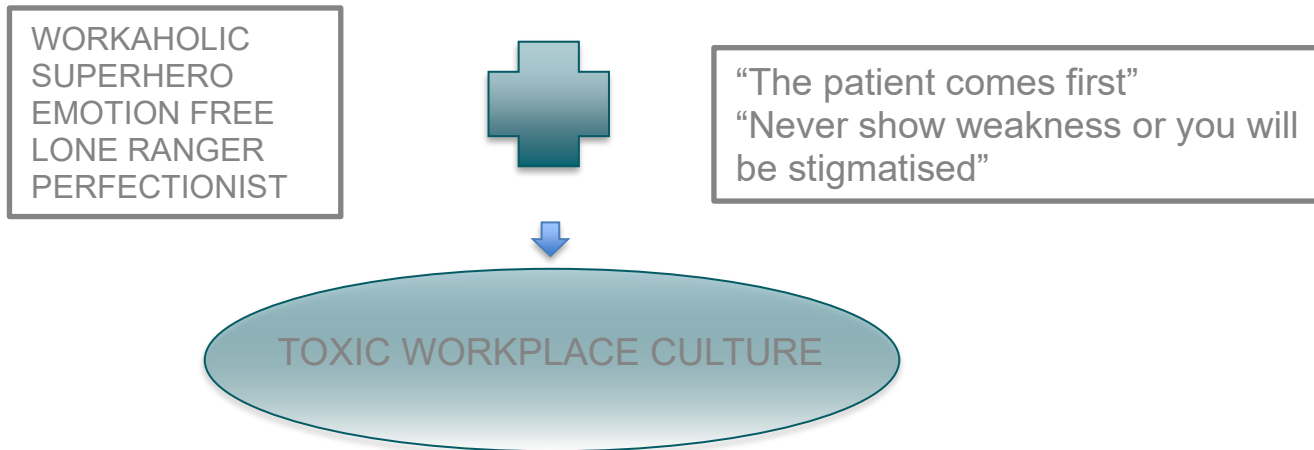
Enfin, presque tous les médecins cherchant de l'aide admettaient qu'il était extrêmement difficile de franchir le cap et de contacter *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ*. Les principales raisons sont le sentiment de culpabilité/honte (« l'on attend du médecin que cela ne lui arrive pas », « un médecin doit toujours être là pour ses patients ») et surtout la peur du mépris encore beaucoup (trop) présent des confrères et les répercussions négatives sur leur carrière.

## B. PRÉVENTION ET SENSIBILISATION

### a) Généralités

Ces quinze dernières années, de nombreuses études nationales et internationales ont été réalisées sur les causes des problèmes psychiques des médecins parce que leur prévalence est considérablement plus élevée que dans d'autres catégories professionnelles et que cela a des conséquences négatives sur la qualité des soins dispensés. Malgré les façons très diversifiées d'organisation des soins de santé dans la plupart de pays occidentaux étudiés (Europe, États-Unis, Canada, Australie), un fil rouge évident a été trouvé quant aux causes de ce phénomène.

- 1) Une première cause est la toxicité de la culture médicale dans laquelle les médecins sont inconsciemment « conditionnés » dès le début de leur formation. Les études montrent qu'un étudiant commençant la médecine a en moyenne une résilience plus forte que les étudiants d'autres options, alors qu'à la fin de la formation (de base), la résilience des médecins fraîchement diplômés a chuté sous la moyenne. De façon schématique, la toxicité de la culture médicale pourrait être présentée comme suit<sup>2</sup> :



L'on retrouve cette culture médicale dans tous les pays et elle a d'importantes conséquences : elle nie l'humanité et la vulnérabilité du médecin. Cette culture induit honte et culpabilité quant à sa propre vulnérabilité qui empêchent le médecin d'oser admettre l'existence d'un problème (dénégation) et de chercher de l'aide. Cette vulnérabilité propre du médecin est un tabou fortement stigmatisé parmi les médecins ; ils n'osent, de ce fait, pas en témoigner. Cette culture se perpétue donc, avec persistance de génération en génération, donc depuis plus d'un siècle.

Il est à espérer qu'une autre mentalité parmi la jeune génération de médecins, la féminisation de la profession et la lente conscientisation que quelque chose doit changer constituent une bonne base pour lancer un processus de sensibilisation vers le « droit à l'humanité et à un équilibre sain travail-vie privée pour le médecin ».

- 2) Une deuxième cause mondiale fréquente est la (sur)informatisation en pleine explosion de la pratique médicale. En outre, les logiciels informatiques ne sont pas toujours élaborés de façon conviviale, ils sont souvent imposés par les hôpitaux aux médecins et ils sont à utiliser de façon contraignante. Le médecin doit de ce fait toujours passer plus de temps derrière son ordinateur plutôt qu'avec ses patients. D'une part, ce changement provoque un sentiment de perte de contrôle et d'autonomie. D'autre part, cette évolution éloigne de plus en plus le médecin dans son travail quotidien d'un moteur/d'une source d'énergie essentiels et de la raison pour laquelle il a choisi en premier lieu ce métier : le contact avec les patients qu'il veut soigner. La perte de contrôle et la possibilité insuffisante de réaliser sa mission professionnelle sont entre-temps réputées pour être deux causes majeures d'insatisfaction psychique en général et de burn-out en particulier.

---

<sup>2</sup> Michael Myers (USA), Presentation NHS conference London, 5 octobre 2018

- 3) Une troisième cause est le rapide revirement vers une société qui exige le perfectionnisme et qui ne se satisfait de rien de moins, ce qui se traduit dans certains pays par des procès juridiques à l'encontre des médecins et des hôpitaux en cas de supposées erreurs médicales. « L'erreur est humaine » n'est plus une notion acceptée dans notre société, et certainement pas dans les soins de santé où l'on se contente uniquement de l'obligation de résultat, et plus l'obligation d'intention.

*MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* entend collaborer avec toutes les personnes intéressées pour examiner de quelles façons il est possible de mettre en place des actions de sensibilisation et de prévention qui traiteront plusieurs problèmes structurels dans le secteur des soins de santé.

#### b) Rétrospective 2018

Le président, le vice-président et le chargé de mission sont autant que possible présents lors de réunions Glems de médecins généralistes et de spécialistes et dans les hôpitaux ou lors de symposiums pour sensibiliser les médecins à cette problématique et pour présenter l'organisation *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ*. En 2018, une vingtaine d'exposés ont ainsi été tenus. Ces efforts doivent certainement être poursuivis parce que trop peu de médecins connaissent l'organisation.

L'e-mailing d'avril 2018 envoyé aux adresses connues de 40.000 médecins de la base de données de l'Ordre des médecins, présentant *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ*, a aidé à réduire le cap à franchir pour demander de l'aide et a donc entraîné de nombreuses demandes d'aide auprès de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ*. Au cours des deux semaines suivants l'e-mailing, 40 nouvelles demandes d'aide ont été reçues (par rapport au 61 pour toute l'année 2017).

Fin 2017, *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* s'est concerté avec les doyens des facultés belges de médecine et a lancé un groupe de travail avec les délégués de toutes ces facultés. Ce groupe de travail doit se pencher sur la problématique croissante du burn-out des étudiants en médecine et des médecins-assistants pour chercher des solutions susceptibles d'accroître le bien-être de ce groupe. Le groupe de travail s'est actuellement réuni trois fois et le travail préparatoire est terminé. La prochaine étape est de s'organiser en sous-groupes définis qui auront comme tâche l'élaboration de propositions concrètes. Ce point sera d'abord abordé avec les doyens et le Bureau du Conseil national de l'Ordre des médecins. Actuellement, il a été décidé de ne pas interférer avec les initiatives prises dans les différentes universités, sans pour autant abandonner une aide ciblée.

En collaboration avec d'autres organisations d'aide européennes pour les médecins (Royaume-Uni, Irlande, Pays-Bas, Espagne et bientôt France et Suisse), un réseau européen a été créé, le *European Practitioner Health Provider Network*. Son objectif est d'échanger des expériences et bonnes pratiques et de renforcer notre voix au niveau européen. L'un des objectifs mis en avant est de faire reprendre, à terme, le bien-être et la santé du médecin dans la convention de Genève comme le premier et principal pilier du système de santé et donner ainsi le droit au médecin d'avoir un bon équilibre travail-vie privée. En avril 2018, *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* a été l'hôte de la réunion bisannuelle de l'EPHPN qui s'est déroulée dans les bâtiments du Conseil national de l'Ordre des médecins à Bruxelles.

Dans le cadre de l'organisation de projets-pilotes pour la prévention du burn-out, une initiative de la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique, madame Maggie De Block, *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* a introduit trois candidatures pour les projets-pilotes en vue de l'obtention du financement de ces projets qui seraient exécutés par les facultés belges de médecine :

- i. dresser un aperçu des études déjà existantes, ainsi que des outils scientifiquement étayés disponibles et des bonnes pratiques et proposer des bonnes pratiques applicables et pertinentes pour la situation belge ;
- ii. créer un outil d'autoévaluation du burn-out disponible gratuitement sur le site de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* ;
- iii. composer un dossier d'information pour les étudiants en médecine et les médecins en formation, par extension aussi utilisable par tous les prestataires du secteur médical.

Au moment de la rédaction de ce rapport annuel, nous avons appris qu'aucun des projets n'avait été retenu par la Ministre De Block.

### c) Défis

Les défis liés à l'adaptation de la culture médicale et au fait de rendre acceptable/organisable le « travail opérationnel » pour les médecins sont énormes, car ils concernent l'organisation/le financement des soins de santé et la formation de médecin.

Premièrement, une majorité de médecins, et certainement la génération des médecins un peu plus âgés qui « mènent la marche » aujourd'hui, doit être convaincue et doit admettre qu'il existe réellement des problèmes structurels et qu'il faut y remédier si l'on veut éviter une épidémie de burn-out. Taire le problème, le minimaliser ou le traiter avec mépris étaient pendant des générations de « bon ton » parmi les médecins, mais ce n'est plus le cas maintenant. L'époque n'est PLUS la même qu'avant, contrairement à ce qui est souvent prétendu.

Une utilisation plus active du site et de la page LinkedIn de *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ*, un bulletin d'information et une présence dans la presse permettront de nourrir cette conscientisation. Nous n'avons pas consacré beaucoup de temps à ces aspects en 2018, ils doivent recevoir plus d'attention en 2019.

Au fur et à mesure que la conscientisation se développera, l'on peut commencer à réfléchir à la façon dont il convient d'organiser de préférence les soins de santé pour répartir le travail entre un nombre suffisant de médecins d'une façon financièrement tenable (pour les médecins, les hôpitaux et la sécurité sociale), pour ainsi parvenir à une semaine de travail acceptable pour chacun sans que la qualité et la continuité des soins y perdent. Pour atteindre cet objectif, tous les acteurs des soins de santé doivent collaborer et tâcher d'être en phase. En tant qu'organisation nationale, *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* a pour ambition de réunir en 2019 les principales organisations et associations concernées pour une concertation. *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* examinera avec celles-ci quel rôle de coordination il peut jouer et de quelle façon cela se déroulera.

La façon la plus efficace de développer une nouvelle culture médicale est peut-être de commencer par la base, c'est-à-dire les étudiants.

Il convient dès lors de réfléchir à la façon dont les aspects interhumains, comme les soins destinés à sa propre personne, la connaissance de soi, la reconnaissance de sa propre vulnérabilité, le fait de



parler des émotions peuvent être intégrés dans le cursus de la formation de médecin, de préférence dès la première année. En outre, il est possible de détecter plus rapidement, par des coachings (obligatoires) en groupe et individuels, si un étudiant est plus susceptible dans la suite de sa formation de développer des problèmes psychiques (p. ex. perfectionnisme excessif ou volonté de plaire) pour ainsi intervenir à temps pour accroître la résilience de ces étudiants et aussi pour pouvoir les aider plus tôt déjà au cours de la formation par une éventuelle réorientation. Nous constatons en effet que les problèmes ne surgissent actuellement que dans les dernières années (de stage) de la formation ou pendant l'assistantat, après quoi ils doivent arrêter. C'est dramatique tant pour les étudiants/assistants que pour la société après toutes ces années d'efforts.

L'organisation de la formation des médecins-assistants mérite aussi de l'attention. Un défi organisationnel, et peut-être aussi financier, majeur est de renoncer au modèle dans lequel les assistants en formation doivent soutenir en premier lieu la rentabilité du service et doivent en plus combler quasi toutes les gardes – dans de trop nombreux cas encore sans encadrement digne de ce nom et sans respect pour le cadre légal de la loi Colla.

La qualité et le contenu de la formation et de l'accompagnement doivent primer et il faut, à cette fin, libérer suffisamment de moyens, aussi pour le soutien des maîtres de stage. Il convient de réfléchir à la façon dont on peut intervenir structurellement pour que les étudiants/assistants qui ne peuvent/veulent pas terminer leurs études ou la spécialisation commencée en raison de problèmes psychiques peuvent être pris en charge et accompagnés soit vers d'autres études, soit vers une autre profession ou une autre spécialité qui correspond mieux à leur personnalité et à leurs compétences.

Il sera examiné avec les doyens des facultés belges de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins si et quel rôle de catalyseur *MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* peut jouer en 2019 dans ce cadre.

### C. Connaissance

#### a) Généralités

*MÉDECINS EN DIFFICULTÉ* suit étroitement l'actualité des études publiées, des bonnes pratiques et des articles tant sur le plan national qu'international. Plusieurs pays, dont la Belgique, soit encore dans la phase d'évaluation de la prévalence et de la divulgation des causes des problèmes psychiques des médecins. Quelques autres pays dont le Canada et les États-Unis, et depuis quelques années le Royaume-Uni, sont occupés à expérimenter des bonnes pratiques pour inverser la situation.

#### b) Quelques chiffres tirés de récentes études

Sur la base du modèle « *job demand-job resources* » utilisé dans une étude dans le cadre d'un postdoctorat à la KUL en 2016<sup>3</sup>, les facteurs susceptibles de favoriser la passion et de prévenir le burn-out des assistants-spécialistes en formation et des spécialistes en Belgique (1198 répondants de 37 hôpitaux belges) ont été examinés. D'après quelques résultats, 25,7 % des médecins-assistants en formation (22,7 % des spécialistes) courent un risque élevé de burn-out, 53,7 % des médecins-assistants ont un bon score pour la passion (65,4 % pour les spécialistes).

---

<sup>3</sup> *Burn-out en bevlogenheid bij artsen in opleiding en specialisten*, S. Vandenbroeck et al., Tijdschrift voor geneeskunde, 73, nr. 1, 2017

Les ressources qui favorisent la passion (notamment l'autonomie, la participation et le feed-back, le soutien social et la mise à profit des compétences) sont de plus en plus mises sous pression, entre autres par la réglementation croissante dans ce secteur. La pression croissante de rentabilité fait que, pendant la formation des assistants, il n'est pas toujours possible de donner la priorité à la formation, le fonctionnement du service prime, et ce souvent au détriment du transfert de connaissances, de la mise à profit des compétences, de la participation et du feed-back.

Les exigences du travail qui peuvent être liées à un risque plus élevé de burn-out (notamment pression du travail, sous-effectif, conflits de rôle, ambiguïté de rôle, charge émotionnelle) sont depuis longtemps très élevées dans le monde médical et sont encore renforcées par la forte augmentation des obligations administratives qui entraînent une charge de travail supplémentaire considérable et qui éloignent en même temps le médecin de ses patients. Le contact et les relations avec les patients sont sous pression alors que c'est justement l'un des principaux stimulants du médecin. Les moyens financiers limités et la crainte de surconsommation sont des raisons du maintien des sous-effectifs tant des infirmiers que des médecins.

Une récente étude de 2018 (van Vendeloo et al) menée auprès de médecins-assistants belges en formation<sup>4</sup> montre que 41 % des médecins-assistants interrogés répondent aux critères standard de burn-out. C'est un chiffre inquiétant, malheureusement entériné par des études réalisées à l'étranger. Il est évident que leurs ressources doivent être renforcées et leurs exigences professionnelles réduites.

### c) Rétrospective 2018

Cette dernière année, un temps important a été consacré au recueil et à l'analyse d'études sur le burn-out des étudiants en médecine et des résidents (médecins-spécialistes en formation). De plus en plus d'universités étrangères s'intéressent à la mise à l'essai de bonnes pratiques pendant la formation et à leurs répercussions sur le bien-être des étudiants. Le besoin le plus identifié est d'accorder de l'attention, dès la première année de la formation, aux aspects humains, comme la connaissance de soi, les soins personnels, l'apprentissage de la faculté à exprimer et partager ses émotions, la collaboration avec les confrères, le coaching, etc.

Les bonnes pratiques ayant des effets positifs évidents sur le bien-être et la résistance des étudiants sont<sup>5</sup> :

- tenue de groupes d'intervision réguliers ('Schwartz rounds') ;
- organisation d'un contact personnel avec un psychologue du monitorat la première semaine de la première année ;
- tenue de séances de coaching individuel ou en groupe dès la première année ;
- *Community building* par un soutien par les pairs et événements sociaux ;
- désignation d'une équipe « santé » spécifique sur place, etc.

---

<sup>4</sup> van Vendeloo et al. BMC Medical Education (2018) ; <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1166-6>

<sup>5</sup> *The wounded healer*, NHS Conference London, 4-5 octobre 2018: <http://php.nhs.uk/the-wounded-healer-2018-videos/>

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a déjà rédigé en 2009 un manuel pratique<sup>6</sup> pour la santé et le bien-être des étudiants. Le développement de compétences personnelles sur le plan du bien-être physique, psychique et social fait partie intégrale du plan d'apprentissage des études en médecine.

d) Défis

Il n'est pas possible de publier librement sur Internet la plupart des études.

En 2019, il convient de chercher des solutions pour pouvoir rendre accessibles, aussi à des tiers, les études, articles, etc. recueillis et la plupart des données pertinentes, afin qu'il soit possible de les visualiser et les consulter d'une façon conviviale et claire.

---

<sup>6</sup> CANMED Guide, Royal College of physicians and surgeons of Canada:  
<https://medicine.usask.ca/documents/pgme/CanMEDSPHG.pdf>