

**ANALYSE DU VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE CHARLEROI FACE  
AUX CONSULTATIONS POUR BURN-OUT**

ETUDE TRANSVERSALE QUANTITATIVE PAR QUESTIONNAIRE AUTO-  
ADMINISTRÉ

Travail de fin d'études réalisé par le Docteur Saranda SHALA,  
Dans le cadre du Master de spécialisation en médecine générale,  
En vue de l'obtention du titre professionnel de médecin généraliste

Année académique 2019-2020

Promoteur : Dr Françoise Verhelst, cheffe de pôle de psychiatrie du Grand Hôpital de Charleroi

*“Le burn-out est une maladie de civilisation. Nous épuisons la terre. La biosphère est transformée en une ressource. Face à la nature, nous n’avons plus l’attitude de contemplatifs mais d’exploitants qui cherchent en elle ce qui pourrait leur profiter, marquant ainsi toute la planète de leur empreinte.*

*Or, cet épuisement prend de nos jours une extension nouvelle. Il atteint certaines personnes qui, dans les pays occidentaux, semblaient préservées des retombées néfastes du développement. Les maîtres d’œuvre deviennent victimes, subissant aussi les effets d’une mentalité d’exploitation... “ (Pascal Chabot, Global Burn-out, 2013)*

# Table des matières

<i>Résumé de l'étude</i> .....	4
<i>I. Introduction</i> .....	5
<i>II. Objectifs</i> .....	9
<i>III. Méthodologie</i> .....	10
<i>IV. Résultats</i> .....	13
<b>Première partie</b> .....	<b>13</b>
1. Données sociodémographiques .....	13
2. Sur le plan sémantique .....	13
3. Sur le plan épidémiologique .....	14
4. Sur le plan diagnostique .....	14
5. Sur le plan thérapeutique .....	15
6. Les doutes et éventuels malaise face à la consultation du burn-out .....	17
<b>Deuxième partie</b> .....	<b>18</b>
<i>V. Discussion</i> .....	20
<b>Interprétation des résultats et perspectives</b> .....	<b>20</b>
<b>Forces et faiblesses de l'étude</b> .....	<b>28</b>
<i>VI. Conclusion</i> .....	30
<i>Bibliographie</i> .....	32
<i>Annexes</i> .....	35

## Résumé de l'étude

**Introduction :** Le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel, représente un véritable enjeu de société, entraînant souvent de longues périodes d'incapacité de travail. Le généraliste représente souvent le premier professionnel interpellé par le sujet épuisé. Pourtant, il pourrait se sentir dépassé par la complexité du problème, tant le diagnostic différentiel est parfois subtil et les recommandations thérapeutiques peu applicables en médecine générale.

**Objectifs :** L'objectif principal de ce travail de fin d'études était d'évaluer la fréquence d'un malaise ou de doutes ressentis par les médecins généralistes face aux consultations pour burn-out, tant dans la phase diagnostique que thérapeutique, ainsi que d'éventuels facteurs influençant la présence ou non de ces incertitudes.

**Méthodologie :** Une étude transversale quantitative a donc été réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé auprès de 414 médecins généralistes du Grand Charleroi. Le questionnaire a été élaboré sur la base de mon questionnement et d'une revue de littérature non exhaustive, puis soumis à une phase pré-test auprès de cinq médecins.

**Résultats :** Le taux de réponse est de 10%. 58,5% des répondants rapportent s'être déjà sentis mal à l'aise lors d'une consultation pour burn-out (malaise lié au diagnostic dans 83,3% des cas et à la prise en charge dans 87,5% des cas). 87,8% des répondants se sentent qualifiés pour diagnostiquer un burn-out, mais seuls 61% des répondants se sentent qualifiés pour sa prise en charge. 63,4% des répondants se sont déjà sentis mal à l'aise face à la prescription d'une incapacité de travail dans le contexte du stress professionnel (incertitude diagnostique et impression d'abus).

**Conclusion :** Cette enquête tend à confirmer que la prise en charge du burn-out est source de doutes et d'incertitudes pour les médecins généralistes, principalement concernant la prise en charge, mais également en matière de diagnostic et d'incapacité de travail. Il serait intéressant de réaliser une étude à large échelle afin d'évaluer quels sont les difficultés et les besoins des généralistes en matière de prise en charge du burn-out. Une harmonisation des pratiques et une collaboration plus étroite entre les différents intervenants paraît en tout cas nécessaire.

**Mots-clés :** burn-out ; épuisement professionnel ; médecine générale ; vécu.

## I. Introduction

Le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel, représente de nos jours un véritable enjeu de société. A l'instar d'autres problèmes de santé mentale, il entraîne souvent de longues périodes d'incapacité voire d'invalidité. Dans une étude pilote réalisée en 2017 [1], la durée moyenne d'incapacité est de 10,5 mois lors d'un burn-out. Selon l'INAMI, en 2018, 35% des invalidités étaient dues à un trouble mental. Or, on sait que le stress au travail peut être générateur de détresse psychologique voire de pathologie mentale. Selon l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, le stress serait le deuxième problème de santé le plus répandu dans le monde du travail. En 2015, l'enquête European Working Conditions révèle qu'en Belgique, 32,7% des travailleurs déclarent ressentir un stress lié au travail pendant la plus grande partie ou la totalité de leur temps de travail. L'étude Belstress a également montré que le stress serait à l'origine de 50 à 60 % de l'absentéisme.

Obtenir des chiffres précis de prévalence du burn-out n'est pas chose aisée. En effet, celle-ci varie de 0,8% à 46% selon les études [2]. Cette variabilité s'explique de plusieurs manières : par des différences culturelles, par les populations étudiées, par les critères diagnostiques utilisés, et par la méthodologie utilisée. Concernant ce dernier point, il semble que les auto-évaluations donnent lieu à une plus haute prévalence que lorsque les patients sont évalués par un médecin. Une étude commandée en 2010 par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale [3], a cherché pour la première fois à évaluer la prévalence du burn-out en Belgique. Pendant 3 mois, des médecins généralistes et des médecins du travail ont été suivis. 1089 cas de burn-out ont été enregistrés parmi les 135.131 contacts patients déclarés par les médecins participants. Globalement, la prévalence du burn-out y est donc de 0.8%. Pour être plus représentatif, si la prévalence de 0.8% est utilisée à l'échelle globale des travailleurs de la Belgique, cela représenterait 19.000 travailleurs en burn-out ou à risque de le devenir. Selon les statistiques du service des indemnités de l'INAMI, le nombre estimé de travailleurs en burn-out (tant salariés qu'indépendants) en Belgique en 2018 était de 26.835, ce qui représente 6,3% des travailleurs invalides (toutes causes confondues) et 17,7% des travailleurs invalides souffrant d'un « trouble mental ». La dépression représente, elle, 16% des causes d'invalidités.

La littérature reflète bien la difficulté d'appréhender le burn-out, à commencer par la difficulté à le définir. Au sens que nous lui connaissons, il fut pour la première fois défini par H.J. Freudenberger en 1974 comme « *un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés* ».

Les travaux afin de le définir se sont alors multipliés. Plusieurs dizaines de définitions existent, variant en fonction des dimensions explorées. Rien qu'entre 1974 et 1980, 48 définitions peuvent être trouvées dans la littérature publiée à ce sujet [4]. En 1981, Christina Maslach, dont les travaux servent de référence, a élaboré une échelle de mesure (la Maslach Burnout Inventory, MBI), mettant en évidence trois dimensions principales et définissant alors le burn-out comme étant « *un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* ». Elle a en effet principalement étudié les travailleurs sociaux, les enseignants, et surtout les professions médicales. Christine Reynaert définit d'ailleurs le burn-out comme une maladie de la relation d'aide [5]. Toutefois, le burn-out semble s'être répandu largement dans tous les secteurs. Notons également que les femmes, les quadragénaires et les personnes ayant un statut de cadre ou de directeur seraient plus nombreuses dans la population en burn-out [1]. Dans la majorité des descriptions, le burn-out paraît indissociable du monde professionnel. Pourtant, il existe également des descriptions de « burn-out de la femme au foyer » ou encore de « burn-out parental » qui par définition ne sont pas causés par le travail [6]. Une revue plus récente réalisée en 2013 propose une modélisation plus intégrative du concept de burn-out, insistant également sur les facteurs personnels à l'origine du trouble [7].

Cette absence de définition claire, tant sémiologique que psychopathologique, fait qu'actuellement le burn-out n'est pas reconnu comme un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence. Dans la onzième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'OMS, le burn-out n'est pas considéré comme une maladie mais comme un « phénomène lié au travail ». Il est repris dans les « facteurs influant sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé » et « désigne spécifiquement des phénomènes relatifs au contexte professionnel et ne doit pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie ». Leur définition repose sur le modèle tridimensionnel de Maslach. Le burn-out n'apparaît pas non plus dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5) de l'American Psychiatric Association, pas même comme sous-catégorie du trouble de l'adaptation avec lequel il partage de nombreuses caractéristiques. D'ailleurs, aucun critère n'est réellement spécifique, pas même la notion d'épuisement. En effet, il apparaît que l'évaluation du niveau de fatigue ne permet pas de distinguer le burn-out d'un autre trouble mental [8]. Dans le DSM-5, il existe une catégorie « Autre problème lié à la profession » qui peut être utilisée pour « accompagner » un

autre trouble mental caractérisé. Avant de poser le diagnostic de burn-out, il convient donc d'exclure un autre trouble somatique ou psychique, de type trouble dépressif (une revue de littérature a d'ailleurs été faite concernant cette difficulté à discerner dépression et burn-out, surtout à un stade avancé [9]), trouble anxieux, trouble de l'adaptation, fatigue chronique, ... Le burn-out est donc normalement considéré comme un diagnostic d'exclusion. L'**annexe 1** montre les principaux diagnostics différentiels.

En Belgique, le burnout ne fait pas partie de la liste officielle des maladies professionnelles. En effet, pour reconnaître une maladie comme une maladie professionnelle, cette dernière doit correspondre aux critères de diagnostic et d'exposition tels que mentionnés dans la loi (« système liste » de l'Agence fédérale des risques professionnels, Fedris). Bien que le burn-out semble être intimement lié au travail, il n'est pas nécessairement directement causé par le travail. Toutefois, le « système ouvert » de Fedris permet à un travailleur d'introduire une demande de reconnaissance de maladie professionnelle si ce travailleur peut prouver qu'il souffre d'une maladie qui trouve sa cause directement dans la profession, qu'il est exposé à un risque professionnel, et que le lien de causalité entre cette maladie et cette exposition au risque puisse être établi.

Le généraliste représente souvent le premier professionnel interpellé par le sujet épuisé. Pourtant, il peut se sentir dépassé par la complexité du problème [2]. Une revue de littérature réalisée en 2016 n'a d'ailleurs pas réussi à mettre en évidence de prise en charge efficace des troubles psychiques liés au travail applicables uniquement par des médecins généralistes [10]. A titre d'exemple, une équipe néerlandaise a tenté d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge cognitivo-comportementale par le médecin généraliste sur la fatigue ressentie par un échantillon de 151 travailleurs : aucune efficacité n'a été notée, malgré les conditions expérimentales (bien différentes de celles d'une consultation de routine) [11].

Ce qui m'a principalement amené à choisir ce sujet de TFE est, premièrement, le malaise que j'ai pu ressentir lors de la pose du diagnostic de burn-out durant certaines consultations. Beaucoup de patients viennent à la consultation avec, comme plainte principale, un épuisement. Un nombre non négligeable de patients se présentent d'emblée comme étant en burn-out. Excepté les cas paraissant assez avancés et donc plus « clairs », j'avais parfois du mal à être certaine du diagnostic de burn-out. Était-ce vraiment cela ou bien le patient était-il tout simplement fatigué par cette vie au rythme infernal, ou encore est-ce que cela cachait une autre

maladie ? Une question m'est donc venue : le burn-out étant devenu fort médiatisé (effet de mode ? [12]), y a-t-il un risque que tout mal-être quelque peu lié au travail soit considéré comme un burn-out? Selon Alain Luts, le diagnostic de burn-out semble bel et bien souvent posé à tort. Selon ce dernier, il y aurait 2 autres diagnostics dont on devrait plus tenir compte dans le diagnostic différentiel : la dépression et le trouble panique. En effet, il semble que dans notre société de performance il soit plus tolérable de souffrir d'un burn-out parce que l'on a surpassé nos limites que de souffrir de dépression ou d'un trouble anxieux, reflétant par-là nos faiblesses [13]. Un autre auteur estime que l'impact de l'anxiété sur les symptômes du burn-out et sur la durée de l'incapacité de travail a probablement été sous-estimé [14].

La deuxième raison qui m'a poussée à choisir ce sujet de TFE, qui découle naturellement de la première, est la difficulté que je ressentais à définir une prise en charge adaptée au patient. En particulier, la prescription d'une incapacité de travail ou sa prolongation était-elle justifiée ? Suffisante ? Quel diagnostic inscrire sur le certificat ? Le burn-out n'étant pas reconnu officiellement comme une maladie, les médecins suisses sont par exemple régulièrement amenés à devoir renseigner le diagnostic de trouble dépressif sur les certificats d'incapacité de travail afin que le patient puisse bénéficier de ses indemnités, ce qui participe à l'ambiguïté, à la difficulté de recueillir des chiffres précis de prévalence et à des incohérences potentielles dans la prise en charge [15]. Quel est le rôle de l'incapacité de travail au sein de la prise en charge ? Que faire face à un patient qui "résiste" à rencontrer un professionnel de la santé mentale ? Quel est l'impact de mon certificat en matière de santé publique ?

J'ai ainsi été interpellée par mon manque de compétences dans le domaine des problèmes psychiques liés au travail, tant d'un point de vue diagnostique que thérapeutique.

Il semble qu'une seule étude, à ce jour, ait étudié le point de vue des médecins généralistes sur la relation entre le travail et les troubles psychiques [16]. Selon cette étude réalisée en 2015 par la KUL, à la demande du service des indemnités de l'INAMI (à laquelle 240 généralistes flamands et bruxellois ont répondu), une majorité des généralistes interrogés estime avoir une bonne connaissance et de nombreuses aptitudes concernant la relation entre les troubles psychiques et le travail. Ils reconnaissent cependant avoir peu de connaissances sur les outils diagnostiques recommandés. Ils sont majoritairement demandeurs mais non satisfaits de la collaboration avec les psychiatres, les médecins du travail, les médecins-conseils, les instances offrant un accompagnement du parcours professionnel et de la carrière et d'autres acteurs (par exemple les employeurs, les syndicats...). L'étude souligne donc l'importance de continuer à

investir dans cette collaboration (développement d'outils de communication entre médecin généraliste et médecin du travail par exemple), de proposer des formations sur la différence entre le burnout et la dépression ou sur les outils diagnostiques et les options thérapeutiques non médicales par exemple, et de créer un réseau professionnel efficace sur les thèmes du travail et du bien-être.

## **II. Objectifs du TFE**

### **Objectifs primaires :**

L'objectif principal de cette étude est de confirmer ou non la présence de doutes et d'incertitudes face au diagnostic et à la prise en charge du burn-out chez les médecins généralistes du Grand Charleroi.

Il s'agira aussi d'identifier les facteurs influençant la présence ou non de ces incertitudes.

### **Objectifs secondaires :**

Confirmer que la prise en charge du burn-out reste un défi pour le médecin généraliste.

Identifier ce qui, actuellement ou à l'avenir, pourrait aider les médecins généralistes belges à prendre en charge les personnes présentant un problème de stress lié au travail.

### **III. Méthodologie**

#### **Revue de littérature**

Il s'agissait d'abord de vérifier si ce type de question a déjà été posé. Une revue de littérature (non exhaustive) dans les bases de données PubMed et Cochrane a donc été réalisée, utilisant l'algorithme de recherche suivant (se limitant dans le titre et/ou le résumé, pas de limitations mises pour la langue, la date, ou le type d'article) :

“(professional fatigue syndrome OR burnout OR job stress OR work-related stress OR occupational stress) AND (management OR therapy OR prevention OR intervention OR treatment OR identification) AND (general practice OR general practitioner OR family medicine OR primary care)”.

198 articles ont été trouvés sur PubMed et 650 articles dans Cochrane, mais aucun ne correspondait à la question traitée dans ce travail de fin d'études.

Lorsqu'à cet algorithme de recherche nous ajoutons les termes « feeling OR discontent OR discomfort OR doubt », plus aucun article n'apparaît.

Je n'ai trouvé qu'une seule étude évaluant des aspects plus “subjectifs” (perception, connaissances, attitudes) de la prise en charge des troubles psychiques liés au travail en médecine générale [16], en parcourant les publications disponibles sur le site de l'INAMI.

Cette recherche bibliographique m'a donc permis de me conforter dans mon questionnement et ainsi valider la question que je m'apprêtais à poser à mes confrères.

#### **Mode d'investigation**

Il a été décidé de réaliser une enquête sous la forme d'un questionnaire en ligne. S'agissant de quantifier des éléments parfois subjectifs, il a fallu, pour rester le plus objectif possible, formuler des questions suffisamment claires et ne traitant que d'un seul élément à la fois.

Une première version du questionnaire a été soumise à un échantillon pré-test. Au total, 5 entretiens individuels ont été réalisés, auprès de 3 médecins généralistes ayant une « pratique générale », d'un médecin généraliste spécialisé dans la prise en charge du burn-out, et d'un psychiatre, dont les patientèles varient d'un point de vue socio-économique.

Différentes suggestions et quelques corrections ont ainsi été apportés, notamment quant à la pertinence des questions et des sujets abordés.

## **Structure du questionnaire**

La plateforme « Google Forms » a été utilisée afin de rédiger le questionnaire. Simple d'utilisation, elle permet également un envoi directement par mail du formulaire aux participants, ainsi qu'une récolte simple des données.

Le questionnaire (que vous trouverez en **annexe 2**) comprend 43 questions. Il s'agit principalement de questions fermées, soit binaires, soit à choix multiples. Il y a 5 questions libres à réponse courte et l'opportunité de rajouter une idée ou un commentaire à la fin du questionnaire. Celui-ci comprend plusieurs parties :

- L'introduction : expliquant aux participants le sujet étudié par le questionnaire, l'estimation du temps nécessaire pour le compléter (+/- 10 minutes) et donnant l'assurance de l'anonymisation des données.
- Une première partie : recueillant les caractéristiques sociodémographiques des participants.
- Une deuxième partie : évaluant la définition du burn-out selon les participants (question ouverte constituant une partie qualitative du questionnaire).
- Une troisième partie : évaluant globalement la fréquence du burn-out en consultation.
- Une quatrième partie (qui constitue le cœur du travail) : évaluant les croyances, les connaissances, les compétences, les attitudes et le vécu des généralistes lors des consultations pour burn-out.
- Une dernière partie : laissant la possibilité aux participants de laisser un commentaire ou une question (deuxième partie qualitative du questionnaire).

## **Éthique**

S'agissant d'une enquête auprès de professionnels de la santé, concernant leur pratique, et ne nécessitant pas de données issues de dossiers médicaux, il n'a pas été nécessaire de soumettre ce travail à un comité d'éthique. L'anonymisation des données a été garantie, respectant les 3 critères émis en 2014 par le Comité Européen de Protection des Données (non-individualisation, non-corrélation, non-inférence).

## **Critères d'inclusion**

Tous les médecins généralistes agréés enregistrés auprès de la Fédération des Associations de Généralistes de Charleroi (FAGC) furent éligibles pour l'étude. Les médecins assistants candidats généralistes (MACG) ne sont donc pas concernés. Il n'y a pas d'autre critère d'inclusion.

### **La diffusion du questionnaire**

Le questionnaire a donc été envoyé aux adresses mails (obtenues via la FAGC) des 425 médecins généralistes du Grand Charleroi. 11 adresses mails s'étant révélées invalides, 414 médecins généralistes sont supposés avoir reçu le questionnaire.

Le questionnaire a été envoyé une première fois le 7 mars 2020. Il a ensuite été envoyé une seconde fois 4 semaines plus tard, soit le 5 avril 2020.

La collecte des données a été clôturée 2 semaines plus tard, soit le 19 avril 2020.

### **Mode de recueil des résultats**

Le recueil des résultats a été facilité par la plateforme utilisée pour créer le questionnaire, qui calcule les pourcentages de manière automatique lorsque les questions sont fermées. L'exportation des résultats sous forme d'une feuille de calcul permet ensuite de manipuler les données afin de réaliser une analyse statistique.

### **Statistique**

Pour la première partie des résultats (en lien avec le premier objectif primaire) : il s'agit d'une simple présentation de proportions. Un calcul d'intervalle de confiance à 95% a été systématiquement réalisé, afin de discuter de l'éventuelle extrapolation des résultats à la population entière des médecins généralistes du Grand Charleroi.

Pour la deuxième partie des résultats (en lien avec le deuxième objectif primaire) : afin d'objectiver l'influence (ou non) des différents facteurs (comme l'âge, le sexe, le fait d'avoir suivi une formation, ...) sur la présence d'un malaise et sur le sentiment de compétence, une analyse statistique a dû être réalisée. S'agissant d'une analyse de corrélation entre des variables qualitatives, et au vu de la faible taille des effectifs, il a été décidé d'utiliser le test exact de Fisher afin d'approcher au mieux la valeur de  $p$  (pour rappel, la valeur  $p$  étant la probabilité de vérifier l'hypothèse nulle, c'est-à-dire la probabilité qu'il n'y ait pas d'interaction entre les variables). Les tests ont été effectués grâce à l'outil statistique en ligne "BiostaTGV" ([www.biostatgv.sentiweb.fr](http://www.biostatgv.sentiweb.fr)).

## IV. Résultats

Sur les 414 médecins supposés avoir reçu le questionnaire, 41 médecins ont répondu. Le taux de réponse est donc de 10%.

### Première partie

#### 1. Données sociodémographiques

Pour plus de clarté, les données sociodémographiques des répondants sont reprises dans le **tableau 1**.

Sexe		Années d'expérience (ans)	
<b>H</b>	56,1%	<b>&gt; 20</b>	63,4%
<b>F</b>	43,9%	<b>10-20</b>	4,9%
Age (ans)		<b>5-10</b>	24,4%
<b>&gt; 60</b>	43,9%	<b>1-5</b>	7,3%
<b>50-59</b>	17,1%	Enfants	
<b>40-49</b>	7,3%	<b>Oui</b>	82,9%
<b>30-39</b>	26,8%	<b>Non</b>	17,1%
<b>20-29</b>	4,9%	Mode de pratique	
Situation conjugale		<b>Solo</b>	34,1%
<b>Célibataire</b>	9,8%	<b>Plusieurs MG</b>	39%
<b>En couple</b>	31,7%	<b>Avec autres soignants</b>	26,8%
<b>Marié</b>	58,5%		

Tableau 1. Données sociodémographiques.

#### 2. Sur le plan sémantique

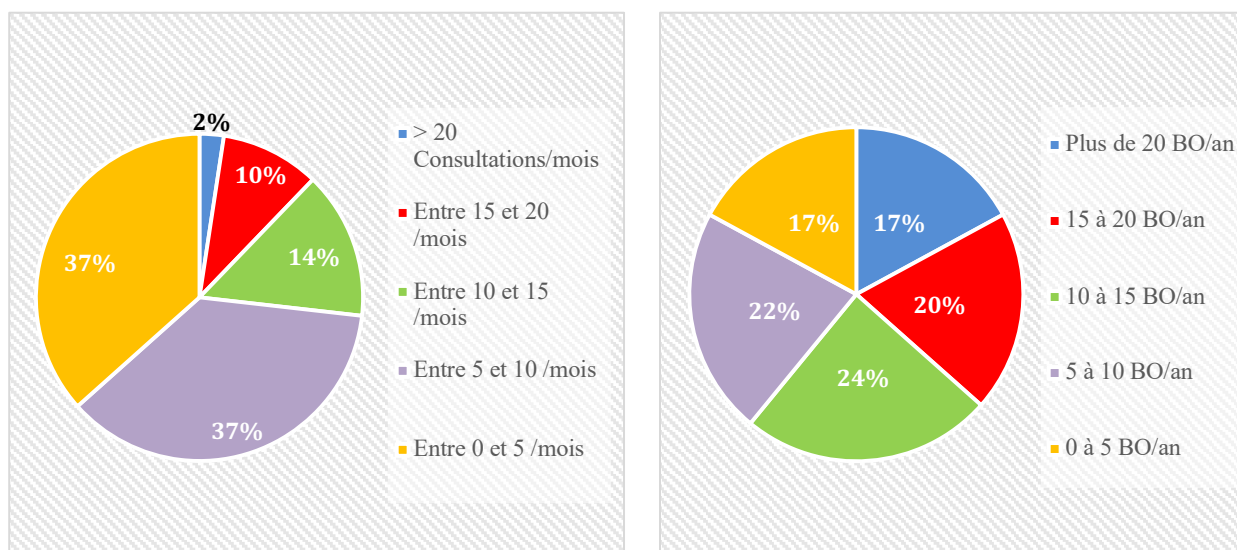
Chaque répondant a dû donner « sa » définition du burn-out, le but étant d'évaluer s'il existe une certaine cohérence de la définition entre les différents médecins généralistes. Cependant, au vu de la difficulté à classer les définitions en catégories bien définies, il paraît difficilement envisageable de calculer un degré de concordance à l'aide d'un coefficient kappa. Les définitions sont présentées en **annexe 3**.

**56,1%** (IC = [40,9 - 71,3]) des répondants utilisent clairement le terme d'épuisement (qu'il soit psychique, physique, émotionnel et/ou cognitif) dans leur définition.

**4,9%** (IC = [0,0 - 11,4]) des répondants définissent le burn-out comme étant un état dépressif lié au travail.

### 3. Sur le plan épidémiologique

La **figure 1** présente une estimation du nombre de consultations pour burn-out que rencontrent les généralistes chaque mois (burn-out « plainte », à gauche), ainsi que du nombre de fois où le diagnostic est posé par le médecin par an (burn-out « diagnostic », à droite).



**Figure 1.** Comparaison entre le nombre de burn-out « amenés » par le patient et réellement diagnostiqués par le médecin.

**92,7%** (IC = [84,7 - 100,0]) des répondants remarquent une augmentation des consultations pour épuisement professionnel ces dernières années et **87,8%** (IC = [77,8 - 97,8]) disent poser plus souvent le diagnostic de burn-out. Une augmentation du mal-être général de la population est notée dans **92,7%** (IC = [84,7 - 100,0]) des cas.

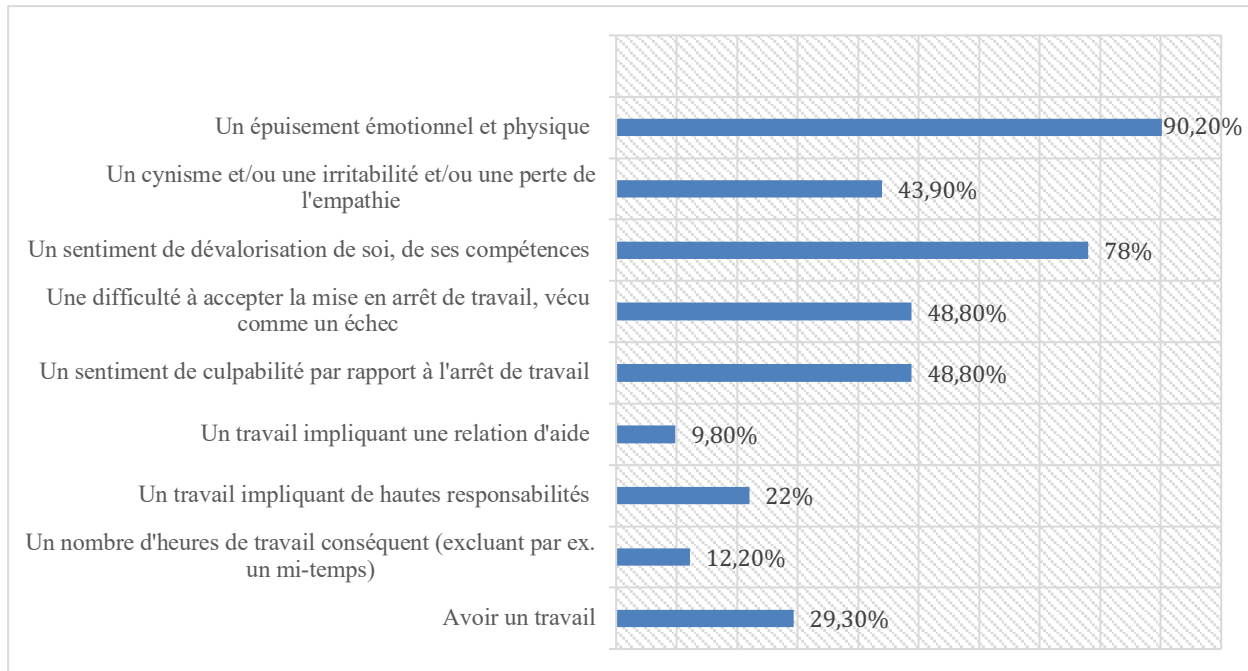
Enfin, **73,2%** (IC = [59,6 - 86,8]) des participants estiment que le terme « burn-out » est surutilisé (par exemple afin d'exprimer toute difficulté d'assumer la vie professionnelle et/ou familiale).

### 4. Sur le plan diagnostic

La question des critères nécessaires pour poser le diagnostic de burn-out a donc été posée (question à choix multiples). La **figure 2** montre les critères choisis par les répondants.

**68,3%** (IC = [54,6 - 82,5]) des répondants estiment connaître les signes avant-coureurs du burn-out, permettant théoriquement de prévenir celui-ci.

Il est à noter que **87,8%** (IC = [77,8 - 97,8]) des répondants se sentent tout à fait qualifiés pour poser le diagnostic de burn-out. **53,7%** (IC = [38,4 - 69,0]) des répondants pensent qu'il est possible de diagnostiquer un burn-out lors d'une première consultation.



**Figure 2.** Conditions nécessaires pour poser le diagnostic du burn-out.

Concernant les formations et les outils diagnostiques : **73,2%** (IC = [59,6 - 86,8]) des répondants n'ont suivi aucune formation liée au burn-out. Parmi ceux ayant suivi une formation, soit **26,8%** (IC = [13,2 - 40,4]) des répondants, la majorité fait référence à des séminaires, Glerns ou Dodécagroupes<sup>®</sup> sur ce sujet. Des outils diagnostiques existent mais ne sont utilisés que par **19,5%** (IC = [7,4 - 31,6]) des répondants, majoritairement l'échelle Maslach Burnout Inventory (62,5%) (IC = [29,0 - 96,0]) (un répondant utilise la Burnout Measure Short Version "BMS", les autres utilisent le DSM ou l'échelle pour la dépression de Hamilton pour le diagnostic différentiel). **61%** (IC = [46,1 - 75,9]) des répondants se décrivent insatisfaits des échelles disponibles à ce jour.

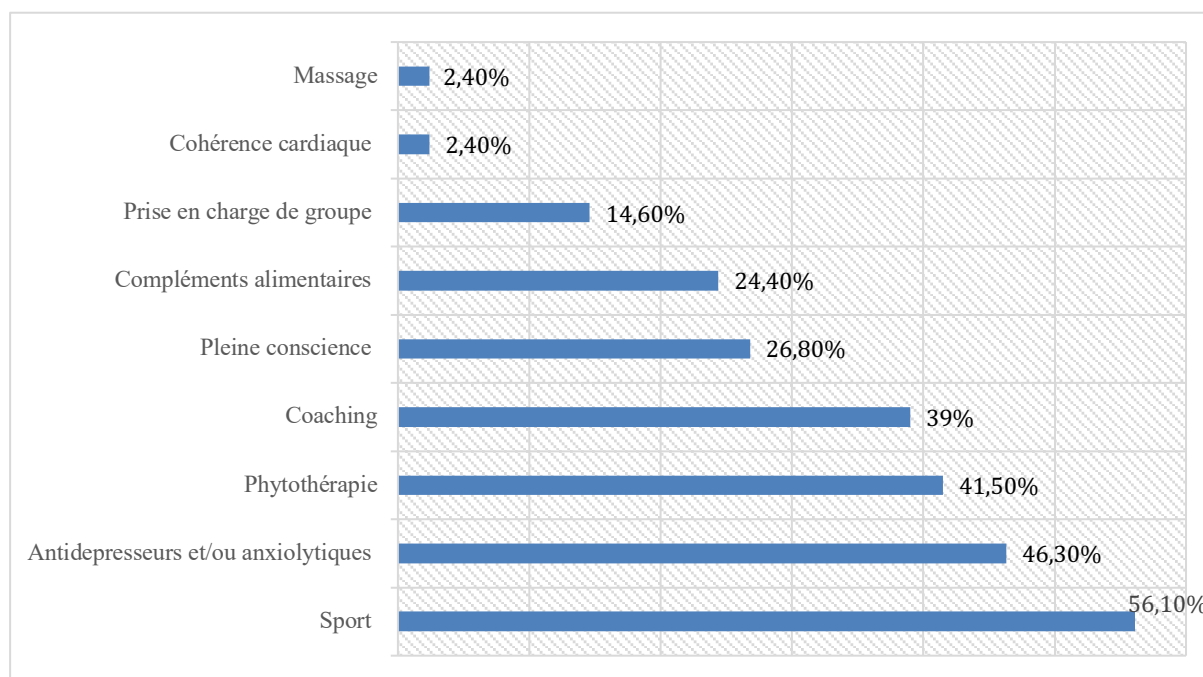
### **5. Sur le plan thérapeutique**

Une évaluation de la prise en charge du burn-out par les médecins généralistes a également été réalisée. **61%** (IC = [46,1 - 75,9]) des répondants se sentent tout à fait qualifiés pour la prise en charge de ces patients. **90,2%** (IC = [81,1 - 99,3]) disent se sentir activement impliqués dans la prise en charge du patient.

### 5.1. Les traitements proposés

Une majorité des répondants (**90,2%** (IC = [81,1 - 99,3]) estime que la première étape du traitement du burn-out est l'incapacité de travail (ITT). L'ITT est jugée non suffisante dans **63,4%** (IC = [48,7 - 78,2]) des cas, et **36,6%** (IC = [21,8 - 51,3]) des répondants la considèrent comme parfois suffisante pour traiter un burn-out. **80,5%** (IC = [68,4 - 92,6]) des répondants n'ont pas de durée maximale d'incapacité à partir de laquelle ils réfèrent le patient. Lorsqu'une durée maximale est renseignée (9 répondants), celle-ci est comprise entre 1 et 6 mois, avec une moyenne de 2,6 mois.

Dans un ordre croissant de fréquence, les autres traitements proposés sont repris dans la **figure 3**.



**Figure 3.** Les traitements proposés pour le burn-out (autres que l'incapacité de travail).

### 5.2. Le réseau

**53,7%** (IC = [38,4 - 69,0]) des répondants ont développé un réseau afin de prendre en charge leurs patients en burn-out. Ce réseau semble principalement constitué de psychologues à **83,3%** (IC = [67,7 - 98,9]), de sophrologues à **37,5%** (IC = [17,3 - 57,7]) et de psychiatres à **33,3%** (IC = [13,6 - 53,0]).

**56,1%** (IC = [40,9 - 71,3]) des répondants déclarent contacter le médecin du travail occasionnellement. **39%** (IC = [24,1 - 53,9]) ne contactent jamais le médecin du travail. Seuls

4,9% (IC = [0,0 - 11,5]) des répondants semblent plus familiarisés à cette pratique et contactent plus souvent la médecine du travail.

46,3% (IC = [31,0 – 61,6]) des répondants ont déjà été contacté par le médecin-conseil afin d'argumenter leur décision de mise en incapacité pour burn-out.

La communication entre les différents intervenants autour du patient en burn-out est ressentie comme insuffisante dans 73,2% (IC = [59,6 - 86,8]) des cas.

### 5.3. De potentiels outils dans la prise en charge

Le trajet de réintégration est connu des médecins généralistes répondants dans 51,2% (IC = [35,9 - 66,5]) des cas.

La concertation autour du patient psychiatrique est connue chez 51,2% (IC = [35,9 - 66,5]) des répondants. Parmi ces derniers 2,4% (IC = [0,0 - 8,9]) l'utilisent souvent, 19,5% (IC = [2,6 - 36,4]) rarement et 29,3% (IC = [9,8 - 48,8]) ne l'ont jamais utilisée faute d'opportunité.

## 6. Les doutes et éventuels malaises face à la consultation du burn-out

58,5% (IC = [43,4 - 73,6]) des répondants rapportent s'être déjà sentis mal à l'aise lors d'une consultation pour burn-out. 87,5% (IC = [74,3 - 100,0]) du malaise est lié à la prise en charge du burn-out, 83,3% (IC = [68,4 - 98,2]) est lié au diagnostic.

63,4% (IC = [48,7 - 78,1]) des répondants se sont déjà sentis mal à l'aise face à la prescription d'une ITT dans le cadre du stress professionnel (51,2% parfois, 9,8% souvent, 2,4% tout le temps). Les raisons de ce malaise sont illustrées dans la figure 4.

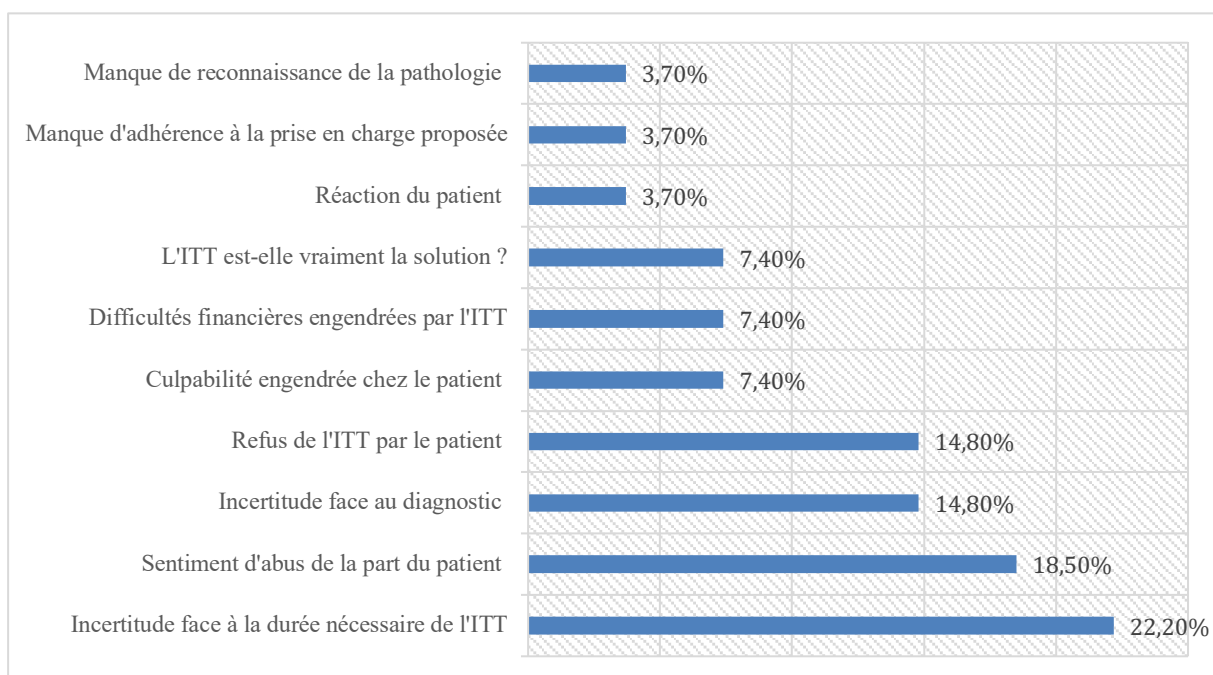


Figure 4. Causes du malaise face à la prescription d'une ITT dans le cadre d'un stress professionnel

**65,9%** (IC = [51,4 – 80,4]) des répondants ont parfois l'impression que les patients attendent d'eux qu'ils leur prescrivent une ITT. Cette impression est tout le temps présente chez **24,4%** (IC = [11,3 – 37,5]) des répondants. Seuls **9,8%** (IC = [0,7 – 18,9]) des répondants estiment donc que l'ITT n'est jamais une demande du patient mais bien une proposition du médecin.

**90,2%** (IC = [81,1 - 99,3]) des répondants estiment que la réponse à apporter au burn-out devrait davantage se situer à un niveau professionnel, sociétal ou politique, plutôt que dans le système de santé.

L'**annexe 4** regroupe les commentaires laissés par les participants.

## Deuxième partie

Est-ce que le sentiment d'être mal à l'aise lors d'une consultation pour burn-out (de manière générale face au diagnostic ou à la prise en charge, ou bien face à la prescription d'une incapacité de travail), de même que le sentiment d'être qualifié pour poser le diagnostic ou pour prendre en charge le patient souffrant d'un burn-out, est influencé par l'âge du prestataire, par son sexe, par son type de pratique (travail en solo, en regroupement, etc.), ou par toute autre variable étudiée dans le cadre de cette enquête ?

L'exportation des résultats sous la forme d'une feuille de calcul a permis de manipuler les données sous forme de tableaux de contingence permettant la réalisation de tests exacts de Fisher pour chaque variable étudiée.

Afin de ne pas alourdir inutilement le texte, il a été décidé de n'exposer ici que les résultats des valeurs p, sous la forme d'un tableau synthétique (**tableau 2**). Pour rappel, plus la valeur p est proche de 1, plus la probabilité qu'il n'y ait pas d'association entre la variable et le sentiment étudiés est élevée.

Le détail des chiffres utilisés pour l'analyse statistique est renseigné dans les différents tableaux consultables en **annexe 5**.

<b>Variabes</b>	<b>Malaise (toute cause)</b>	<b>Malaise lié à l'ITT</b>	<b>Qualification pour le D/</b>	<b>Qualification pour la PEC</b>
Age	$p = 1$	$p = 0,60$	$p = 0,49$	$p = 0,37$
Sexe	$p = 0,20$	$p = 0,75$	$p = 0,64$	$p = 0,33$
Situation conjugale	$p = 0,41$	$p = 1$	$p = 0,61$	$p = 0,10$
Parentalité	$p = 0,68$	$p = 0,39$	$p = 1$	$p = 0,68$
Années de pratique	$p = 0,61$	$p = 0,11$	$p = 0,64$	$p = 0,83$
Type de pratique	$p = 0,85$	$p = 0,09$	$p = 0,16$	$p = 0,78$
Connaissance des signes prodromiques	$p = 0,17$	$p = 0,17$	$p = 0,30$	$p = 1$
Formation	$p = 0,48$	$p = 1$	$p = 0,30$	$p = 1$
Échelle utilisée	$p = 0,70$		$p = 0,56$	
Réseau	$p = 0,75$	$p = 1$	$p = 0,65$	$p = 0,76$
Contact avec la médecine du travail	$p = 0,52$	$p = 0,52$	$p = 1$	$p = 0,19$
Utilisation de la concertation autour du patient	$p = 0,45$	$p = 1$	$p = 0,57$	$p = 1$
Connaissance du trajet de réintégration	$p = 0,53$	$p = 1$	$p = 1$	$p = 0,34$

**Tableau 2.** Valeurs  $p$  pour chaque variable étudiée, permettant d'estimer s'il y a association significative ou non.

## V. Discussion

### Interprétation des résultats et perspectives

Les résultats de cette enquête démontrent encore une fois l'absence de consensus sur une définition claire du burn-out. Bien qu'il soit majoritairement et principalement défini par un épuisement (émotionnel, psychique ou physique), certains répondants le définissent toutefois comme un « mal-être », un découragement, une perte de motivation, une intolérance à une charge de travail, le fait de ne pas savoir dire non, ... l'analogie avec la dépression a également été faite. Il est également intéressant de constater que 70% des répondants estiment qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un travail pour être en burn-out. Cela va à l'encontre des définitions les plus répandues dans la littérature, dont celle proposée par le Conseil Supérieur de la Santé en 2017 (dans son avis n° 9339, « Burnout et travail »), selon lesquelles le burn-out est exclusivement lié au contexte professionnel. Ne conviendrait-il pas de distinguer plusieurs types de burn-out, dont le burn-out professionnel ? Michel Delbrouck souligne également *« l'importance de différencier correctement l'épuisement professionnel/burn-out de l'épuisement émotionnel qui en est le premier stade et qui s'amende avec du repos »*. [17]

Presque la totalité des répondants voient augmenter la fréquence des consultations pour burn-out (plus d'un tiers des répondants estime rencontrer cette plainte entre 5 et 10 fois par mois). Ils posent également plus souvent le diagnostic, mais estiment parallèlement que le terme burn-out est surutilisé. Le nombre de diagnostics posés par an varie d'un médecin à l'autre, aucune tendance ne se dégage réellement, mais il paraît assez clair que la prévalence du burn-out soit bien moindre si ce dernier est diagnostiqué par le médecin généraliste plutôt que par une auto-évaluation du patient. Une augmentation d'un mal-être général parmi la patientèle ces dernières années est toutefois notée par la quasi-totalité des répondants.

A la question principale de ce travail de fin d'études, à savoir si un malaise, des doutes ou des incertitudes étaient ressentis par les médecins généralistes de Charleroi lors des consultations pour burn-out, nous pouvons répondre par l'affirmative. Un sentiment de malaise a en effet été observé parfois ou souvent dans 58,5% des cas, ce sentiment étant plus souvent lié à la prise en charge qu'au diagnostic. Plus spécifiquement, la prescription de l'incapacité de travail est source de malaise chez 63% des répondants. La majorité des répondants s'estiment qualifiés pour poser le diagnostic, mais seuls 60% se sentent qualifiés par rapport à la prise en charge.

La suite de ce travail consistait donc à identifier les facteurs pouvant influencer la présence de ce malaise ou le sentiment de qualification du médecin.

Aucune influence de l'âge, du sexe, du statut conjugal, de la parentalité, du type et du nombre d'années de pratique sur la présence d'un malaise ou sur le sentiment de qualification (tant pour le diagnostic que pour la prise en charge) n'a pu être mise en évidence.

Abordons dans un premier temps la phase diagnostique. Presque la moitié des répondants estime qu'il n'est pas possible de poser le diagnostic de burn-out lors d'une première consultation en lien avec cette plainte. On peut donc premièrement supposer que le temps est un allié précieux du médecin généraliste, l'incertitude diagnostique faisant en effet partie de son quotidien. Trois autres facteurs ont été analysés : la connaissance des signes avant-coureurs ou prodromiques, le fait d'avoir suivi une formation sur le burn-out et l'utilisation d'échelles diagnostiques du burn-out. Pour rappel, un quart des répondants ont suivi une formation (principalement via un séminaire, un Glem ou un Dodécagroupe<sup>®</sup>). Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le fait d'avoir suivi une telle formation ou le fait de connaître les signes avant-coureurs et l'absence de malaise ou le fait de se sentir plus qualifié pour le diagnostic. L'utilisation d'échelles diagnostiques ne semble pas non plus influencer la présence d'un malaise ou le sentiment de qualification. Il ressort également de cette enquête qu'une majorité des médecins généralistes n'utilisent pas d'échelle et que plus de la moitié sont insatisfaits des échelles disponibles. La MBI reste toutefois la plus utilisée. Pour rappel, il existe 4 échelles reconnues internationalement comme aide au diagnostic : la Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach & Jackson, 1981), la Copenhagen Burnout Inventory (CBI, Kristensen et al., 2005), la Burnout Measure Short Version (BMS-10, Malach-Pines, 2005) ou la Oldenburg Burnout Inventory (OLBI, Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001) [2]. Il est aussi possible de réaliser une évaluation du stress au travail grâce au questionnaire de Karasek (Karasek, 1979).

En Belgique, 3 outils de détection ont également été développés [18].

- L'outil de détection précoce du burn-out : développé en 2014 suite à l'étude de Hansez et al. de 2010 commandée par le SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale.
- Le Burnout Assessment Tool (BAT) : développé par la KULeuven début 2019. Il en existe 2 versions, une pour la personne qui travaille toujours, et une pour la personne qui a arrêté de travailler depuis plusieurs mois suite à un burn-out.

- Le Preventing Burnout Test (PBT) : questionnaire proposé aux entreprises par la société Bright-Link (2019), une spin-off de l'Université Catholique de Louvain qui tente de concilier performance des entreprises et bien-être des employés.

La tendance actuelle consiste en effet de plus en plus à détecter le burn-out à un stade précoce, l'hypothèse étant que plus on agit tôt dans le processus, plus on prévient les complications (intensité des symptômes, durée de l'incapacité de travail,...).

Quelques études ont donc évalué l'impact d'une formation des médecins généralistes à l'utilisation d'un outil de détection précoce des problèmes liés au stress au travail, le principal indicateur d'efficacité étant la diminution de la fréquence et de la durée des incapacités de travail [19, 20]. De ces études il ressort que, d'une part, les généralistes semblent peu enclins à utiliser ces échelles dans leur pratique quotidienne (principalement à causes de contraintes organisationnelles), et d'autre part qu'il n'y ait pas de réel impact sur les incapacités de travail. Une explication serait que la formation proposée soit trop courte, ce qui ne permettrait pas de modifier le comportement des généralistes.

Ces études, ainsi que les résultats de l'enquête faisant l'objet de ce TFE, tendent à démontrer que la simple utilisation d'une échelle diagnostique par le généraliste ainsi qu'une formation courte de type séminaire ne sont pas suffisantes pour réduire l'impact du stress au travail. Il serait intéressant d'évaluer quelles sont les connaissances des généralistes vis-à-vis des échelles existantes, quels sont les facteurs expliquant leur non-utilisation, et quel type de formation pourrait les aider dans la prise en charge de patients souffrant de stress au travail.

Ce qui nous amène à cette question : quelles compétences le médecin généraliste devrait-il acquérir pour faire la différence ?

Le Conseil Supérieur de la Santé, dans son avis rendu en 2017, propose des recommandations générales pour la prévention et la prise en charge du burn-out, et définit les compétences et formations que devraient avoir les professionnels de santé prenant en charge des patients en burn-out. Ces compétences sont résumées de la manière suivante sur le site du CESI (service de prévention et de protection au travail) [21] :

### **Les professionnels du burn-out**

Le C.S.S. désigne les professionnels qui peuvent développer ces compétences et intervenir dans le cadre du burn-out :

- Psychologues du travail,
- Psychologues cliniciens,
- Sociologues cliniciens,
- Médecins du travail,
- Médecins généralistes,
- Médecins conseils,
- Médecins spécialistes en réadaptation fonctionnelle,
- Psychiatres.

### **Formation des intervenants professionnels de santé**

Le C.S.S. recommande que les intervenants développent les compétences:

- Liées à la connaissance de la réalité organisationnelle,
- En évaluation de la santé mentale, en psychopathologie générale, psychodiagnostic, en psychopathologie du travail,
- Liées au diagnostic différentiel du burn-out (par rapport à la dépression, la fatigue chronique, ...)
- En clinique du travail : écoute de la réalité du terrain, identification des ressources personnelles et organisationnelles, ...
- En communication, médiation, résolution de conflits.
- Ainsi que des connaissances générales sur les techniques individuelles de gestion du stress, techniques de stabilisation et interventions non verbales.

La formation doit aussi inclure :

- les aspects déontologiques ;
- la pratique supervisée ;
- l'intervision entre les intervenants dans une perspective longitudinale ;
- un système d'accréditation, afin de s'assurer d'une activité clinique minimum ;
- une formation continue.

Le propos ici n'est pas de remettre en question la position centrale qu'occupe le médecin généraliste dans la prise en charge d'un patient en burn-out. Il s'agit toutefois de remettre son rôle en perspective avec, d'une part, ses compétences de base, et d'autre part avec ses possibilités d'acquérir les compétences recommandées et de les mettre en pratique, face à une telle problématique, bien loin d'être uniquement médicale.

Certains auteurs [2] affirment que le diagnostic est exclusivement médical. La commission psychiatrie et santé mentale de l'Académie française de médecine, dans un rapport rendu public en février 2016, affirme au contraire que le burn-out n'est pas un diagnostic médical. D'autres auteurs estiment que le burn-out, lorsqu'il n'est pas compliqué, relève uniquement de la médecine du travail [13]. Alors, qui devrait idéalement poser le diagnostic ? Dans la pratique, c'est le plus souvent au généraliste qu'est confiée cette tâche.

De même, le généraliste est-il le plus à même de décider de la durée de l'incapacité de travail et d'élaborer un plan de soins ? Pour rappel, seuls 60% des répondants se sentent qualifiés pour la prise en charge du patient en burn-out. La moitié des répondants se sont déjà sentis mal à l'aise face à cette prise en charge. Le fait d'avoir développé un réseau pour aider à la prise en charge du patient en burn-out (ce qu'a fait la moitié des répondants, majoritairement avec des psychologues, sophrologues et psychiatres) n'a pas d'influence significative sur la présence d'un malaise ou sur le sentiment de qualification du généraliste, tout comme le fait d'utiliser la "concertation autour du patient psychiatrique"<sup>1</sup>. Il est possible que cette absence de significativité statistique soit liée au fait que le burn-out, lorsqu'il n'est pas compliqué de dépression majeure ou d'un trouble anxieux important, est plus rarement pris en charge en psychiatrie. L'absence d'association significative entre le développement d'un réseau et l'amélioration du sentiment de compétence du généraliste pose la question de la spécificité de ce réseau par rapport à la problématique du burn-out.

Le trajet de réintégration<sup>2</sup> est connu de la moitié des répondants mais sa connaissance n'influence pas de manière significative le sentiment de qualification du généraliste. Notons que la question aurait mérité d'être plus développée et qu'il aurait été intéressant d'évaluer quelle proportion de médecins l'utilisent dans la pratique, ainsi que les raisons pouvant expliquer sa non-utilisation. Un guide « réintégration » pour les médecins traitants a été rédigé par le groupe Weerwerk en avril 2018 (consultable en **annexe 6**).

De la même façon, le fait de contacter la médecine du travail (39% des répondants ne le font jamais, 56% occasionnellement, et seulement 5% le font régulièrement) n'a pas d'influence significative sur le malaise ou sur le sentiment de qualification.

Dans le même temps, presque trois quarts des répondants estiment que la communication entre les différents intervenants est insuffisante. Il conviendrait de définir, concrètement, qui doit

---

<sup>1</sup> La concertation autour du patient psychiatrique existe depuis le 01/04/2012, dans le cadre de la réforme 107 (Réforme de Soins de Santé Mentale). Elle permet aux divers intervenants de se réunir « autour » du patient, avec un financement spécifique (dont les compétences relèvent actuellement, pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, de l'Aviq). Pour que le patient soit considéré comme "psychiatrique", il doit répondre à au moins l'une de ces conditions (résumées) : au cours de l'année écoulée, le patient doit avoir été suivi soit par un psychiatre durant un an, soit par une équipe mobile psychiatrique durant au moins 14 jours, ou encore avoir été hospitalisé en psychiatrie ou avoir nécessité un avis psychiatrique durant une hospitalisation de minimum 14 jours. Dans ce cadre-là, les participants établissent un accompagnement de minimum un an afin d'accorder les soins nécessaires.

<sup>2</sup> Le trajet de réintégration doit être initié par le médecin du travail mais pour y arriver, trois voies sont possibles (art. I.4-73, § 1<sup>er</sup>):

- Le travailleur peut faire une demande de trajet de réintégration de lui-même.
- Toujours sur demande du travailleur lui-même, le médecin traitant peut également introduire une demande auprès du médecin du travail.
- La troisième possibilité est que le médecin conseil de la mutuelle demande un trajet de réintégration pour le travailleur.

prendre contact avec qui, et quand. En effet, une étude belge de 2009 révèle que les généralistes et les médecins-conseils attendent plus d'informations de la part des médecins du travail, que les médecins du travail attendent plus d'informations de la part des spécialistes, etc... l'initiateur de cette communication étant défini différemment par les médecins francophones (qui estiment que c'est aux médecins du travail de contacter les généralistes) et néerlandophones (pour qui c'est l'inverse) [22].

L'étude réalisée en 2015 par la KUL [16] révèle également que les généralistes éprouvent des difficultés à joindre le médecin du travail, ce qui pourrait participer à un certain « découragement ». De plus, bien qu'une collaboration soit généralement désirée de part et d'autre, les généralistes manquent parfois de confiance en l'indépendance du médecin du travail par rapport à l'employeur du patient [23].

Bien que l'incapacité de travail (ITT) soit considérée comme la première étape du traitement par la quasi-totalité des répondants, elle constitue une source de malaise ou d'incertitudes pour 63% d'entre eux, principalement concernant la durée adéquate de l'ITT, un sentiment d'abus de la part du patient, l'incertitude face au diagnostic et le refus de l'ITT par le patient.

Notons que dans cette enquête, aucune variable n'est associée de façon significative au fait de se sentir mal à l'aise ou non face à la prescription de l'ITT.

Le refus de l'ITT par le patient peut effectivement représenter une difficulté dans un premier temps, mais aura au moins pour avantage de constituer un argument supplémentaire pour le diagnostic ; en effet, il est admis que les patients en burn-out ou à risque de le devenir acceptent (en général) plus difficilement un arrêt de travail, du moins en début de prise en charge.

Le rôle de l'ITT est d'abord de permettre au patient de prendre distance vis-à-vis de son emploi, pour permettre repos et éloignement de la source de stress. Dans un second temps, elle doit être l'opportunité de réaliser un travail de réflexion sur le rapport qu'a le patient avec son travail, et sur les causes (tant internes qu'externes) qui l'ont conduit à l'épuisement. Un travail psychothérapeutique est généralement recommandé, la thérapie cognitivo-comportementale étant généralement la plus adaptée au patient en burn-out. [24]. Ce rôle de l'ITT peut paraître évident, mais la difficulté sera de décider de sa juste durée, variable en fonction du patient et du stade auquel il se situe dans le processus d'épuisement. Il est par exemple admis qu'une durée d'ITT trop longue risque de diminuer les chances de retour sur le marché de l'emploi. Sa durée optimale devrait idéalement être évaluée en concertation avec le médecin-conseil de la mutuelle [24].

Une étude qualitative québécoise [25] (dont la revue *Minerva* a fait l'analyse) essaie de comprendre comment les médecins généralistes gèrent la reprise du travail chez les patients en arrêt de travail pour des symptômes dépressifs. Cette étude identifie deux « profils de pratique » : dans le premier, l'ITT est courte et fait partie du traitement au même titre que la reprise du travail, qui est discutée et encouragée dès le premier contact. Dans le deuxième profil, l'ITT permet au patient d'être éloigné des facteurs de stress liés au travail, considérés comme nocifs pour sa santé, et la reprise du travail n'est pas abordée, elle se fera au rythme du patient. Cette étude ne fait pas clairement la distinction entre les symptômes de la dépression ou du burn-out donc l'extrapolation de ses résultats au sujet de ce TFE est soumise à discussion, mais elle montre qu'il existe différentes manières de déterminer l'ITT et d'accompagner la reprise du travail des patients présentant des symptômes dépressifs parmi les médecins généralistes. Les résultats de la présente enquête tendent à confirmer l'existence de différents profils de pratique en ce qui concerne l'ITT (voir page 16 concernant la présence ou non d'une durée maximale d'incapacité à partir de laquelle le patient est référé).

Les médecins généralistes ayant répondu à cette enquête évoquent également un sentiment d'abus de la part du patient, en ce qui concerne la demande d'incapacité de travail. Pour rappel, 90% des répondants ont parfois ou toujours (pour un quart des répondants !) le sentiment que les patients désirent qu'on leur prescrive une incapacité de travail, que cette demande soit exprimée clairement ou non. Loin d'être infallibles et notre premier rôle n'étant pas de remettre en doute les dires du patient, de même que le souhait de « vouloir bien faire », font que la possibilité de se faire « duper » et prescrire une ITT injustifiée existe en effet. Mais y a-t-il d'autres explications possibles à ce ressenti ?

Une première explication pourrait être le manque de connaissance de la problématique. Par exemple, considérer le burn-out uniquement dans sa dimension statique plutôt que comme un processus pourrait facilement nous amener à penser que le patient exagère si ce dernier ne correspond pas aux critères que l'on conçoit d'un « vrai » burn-out.

Ensuite, comme l'explique Philippe Heureux [26], on pourrait supposer que la formation médicale influence l'écoute de la souffrance au travail, cette formation médicale étant probablement à l'origine d'un surmoi professionnel exigeant, poussant les médecins généralistes à accepter de lourdes contraintes horaires et de disponibilité (« *Si moi je suis capable de supporter autant, alors pourquoi l'autre n'en serait-il pas capable?* »). D'ailleurs, on est en droit de se demander si le médecin, lui-même une des personnes les plus sujettes au burn-out, est le mieux placé pour reconnaître la pathologie. Pour rappel, les répondants estiment

qu'il est nécessaire d'avoir un travail avec une haute responsabilité et avec un nombre d'heures conséquent dans respectivement 22% et 12% des cas pour pouvoir poser le diagnostic.

Enfin, le médecin généraliste connaît généralement peu le monde des entreprises, et pourrait se sentir « utilisé » par le patient, l'incapacité de travail étant alors perçue comme une arme du patient contre son employeur [26].

Sur base de tout ce qui précède, il apparaît donc que la collaboration du médecin généraliste avec le médecin du travail et le médecin-conseil soit une des pierres angulaires du traitement d'un patient en burn-out. Une méta-analyse de 2012, citée dans l'étude québécoise susmentionnée, montre cependant « *qu'un des principaux éléments auxquels les patients souffrant de problèmes psychiques sont confrontés durant la remise au travail est le manque de concertation et de coordination entre les acteurs clés* » [27].

Il semble donc qu'il soit nécessaire de clarifier les rôles et moments d'intervention de chacun, et de faciliter la communication entre les différents intervenants.

Différents projets pilotes sont évalués en ce sens, afin de permettre une prise en charge multidisciplinaire correspondant au stade dans lequel se situe le patient. Fedris<sup>3</sup> évalue un trajet de prise en charge des travailleurs atteints ou menacés par le syndrome de burnout en relation avec le travail, dans une démarche de prévention secondaire (donc essentiellement de dépistage afin de prévenir le développement d'un burn-out complet). En matière de prévention tertiaire (le patient est ou a été en burn-out complet et est encore en incapacité de travail, voire en invalidité), l'INAMI<sup>4</sup> évalue l'intérêt d'un trajet de soins pour accompagner ces personnes en burn-out, dans un processus de retour au travail. On peut imaginer qu'un trajet de soins représente un impact financier important pour la sécurité sociale, mais le projet européen Matrix (2013) a montré que « *chaque euro dépensé dans un programme de promotion et de prévention (améliorations de l'environnement de travail, gestion du stress et traitements psychologiques) génère un bénéfice économique net de 10,25 €* » [28].

Pour la prévention tertiaire, mentionnons également le trajet de réintégration (expliqué plus haut et dont l'utilisation concrète en médecine générale est reprise en **annexe 6**), ainsi que

---

<sup>3</sup> Equipe FEDRIS : Strauss, P., Le Roux, I. et I. Binard ; Experts scientifiques : Hansez, I. & L. Braeckman.

<sup>4</sup> Trajet de soins élaboré à la demande de l'INAMI par le Centre Environnement et Santé de la KUL en collaboration avec l'équipe du Dr Firket de l'ISoSL (Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège).

l'offre de soins proposée par la psychiatrie ; en plus des consultations habituelles, des groupes thérapeutiques émergent peu à peu<sup>5</sup>. Il existe également des programmes de soutien à l'emploi<sup>6</sup>.

### **Forces et faiblesses de l'étude**

Cette étude pourrait trouver sa force principalement dans son caractère original ; en effet, les questions posées traitent principalement de points de vue, d'impressions, de sentiments,... le but étant de mettre en évidence la réalité d'une pratique qui pourrait, parfois, demeurer taboue.

Les réponses aux questions semblent confirmer que le sujet traité est bien d'actualité, tant pour les médecins que pour la société dans son ensemble.

Cette étude a bien sûr des limites importantes. Premièrement, l'extrapolation des résultats à la population entière des médecins généralistes de Charleroi est fortement limitée par le taux de réponse assez faible (10%), malgré le rappel envoyé. On voit la largesse des intervalles de confiance. En toute logique, une extrapolation de ces résultats à la population entière des généralistes de Belgique serait encore plus hasardeuse. Il pourrait y avoir plusieurs explications à ce faible taux de réponse : un manque d'attrait pour le remplissage de questionnaire en ligne (pas assez original ? Trop rébarbatif ? Trop long ? Absence de récompense à la clé ? Un échantillon de convenance tel que choisi ici, notamment pour la facilité à lui communiquer gratuitement le questionnaire, peut limiter en effet le nombre de répondants), ou un manque de temps pour remplir ce type de questionnaire (on sait à quel point les généralistes sont bien souvent débordés, d'autant que le questionnaire a été envoyé quelques jours avant le début de la pandémie de SARS-CoV-2). Les psychanalystes pourraient y voir une certaine forme de résistance de la part des généralistes à aborder un sujet qui soit les irrite, soit les confronte à une certaine forme d'impuissance... Toutefois, il semble exister une certaine validation externe, notamment avec l'étude réalisée en 2015 par la KUL [16].

Deuxièmement, durant l'élaboration même du questionnaire, la phase pré-test fut biaisée de par l'utilisation d'un autre échantillon de convenance ; les médecins consultés étaient soit

---

<sup>5</sup> A Charleroi : le Grand Hôpital de Charleroi et l'Hôpital Vincent Van Gogh proposent des thérapies de groupe.

<sup>6</sup> A Charleroi : le programme Socrate/Emploi/Formation est un programme de soutien à l'emploi mis en place en 2007 par Silvano Gueli et Guy Deleu. Les conditions d'éligibilité au programme sont : présenter un trouble psychiatrique sévère et invalidant ; souhaiter se réinsérer dans le monde du travail ; être suivi par un psychiatre qui marque son accord pour collaborer étroitement avec le spécialiste en emploi au projet de la personne ; habiter Charleroi ou sa région.

d'anciens maîtres de stage (2), soit une amie, soit ma promotrice, soit une référence donnée par mon maître de stage actuel.

Troisièmement, le but initial étant d'obtenir des résultats extrapolables à une population entière, il a été décidé de réaliser l'étude de manière quantitative. Pour rendre quantifiable quelque chose d'aussi subjectif qu'un « malaise », parti a été pris d'utiliser majoritairement des questions fermées, ce qui limite fortement l'expression du répondant. La section ouverte en fin de questionnaire a été ajoutée dans le but de diminuer l'impact de ce biais.

## VI. Conclusion

Cette enquête, malgré le faible taux de réponse, tend à confirmer que la prise en charge du burn-out en médecine générale est source de doutes et d'incertitudes pour les médecins, tant sa définition, ses critères diagnostiques et les recommandations thérapeutiques restent assez flous et soumis à interprétation. Les plaintes liées au travail semblent pourtant de plus en plus fréquentes. Un malaise est en effet parfois ressenti par une majorité des répondants lors des consultations pour burn-out, que ce soit concernant le diagnostic, la prise en charge, mais aussi lors de la prescription de l'incapacité de travail (au vu principalement d'une incertitude diagnostique et d'un sentiment d'abus de la part du patient).

Les généralistes s'estiment globalement qualifiés pour poser le diagnostic, mais moins pour prendre en charge le patient. Aucune influence significative des variables étudiées sur les sentiments de malaise ou de qualification n'a pu être mise en évidence, possiblement à cause de la petite taille de l'échantillon.

Les médecins généralistes semblent insatisfaits des échelles diagnostiques existantes, ainsi que de la communication avec les différents intervenants. Il apparaît pourtant que la collaboration du généraliste avec le médecin du travail et le médecin-conseil soit une des pierres angulaires du traitement d'un patient en burn-out. Il s'agirait donc de clarifier les rôles et moments d'intervention de chacun, et de faciliter la communication entre les différents intervenants. Le généraliste a toutefois un rôle à jouer en matière de prévention des incapacités de travail de longue durée, ainsi que dans la reprise du travail. Un trajet de réintégration peut par exemple déjà être discuté en médecine générale. D'autres projets pilotes sont en cours d'évaluation, tant dans la prévention secondaire que tertiaire.

Il serait intéressant de réaliser une étude qualitative à large échelle afin d'évaluer plus précisément quels sont les difficultés et les besoins des généralistes lors des consultations pour stress professionnel. L'impression qui se dégage toutefois de cette enquête est qu'ils estiment le rôle de la médecine limité face à cette problématique, le burn-out étant perçu comme un problème de société, lié aux contraintes professionnelles actuelles et au culte de la performance.

Il semble important d'établir un guide de bonnes pratiques pour la prise en charge du burn-out, d'harmoniser ces pratiques et de promouvoir une intégration rapide dans un réseau de soins spécialisés dès que les symptômes ne paraissent pas maîtrisés par une courte période d'incapacité de travail.

## Bibliographie

1. Massart AC, Delroisse S, Mesters P. Quel retour au travail après un burnout ? Etude pilote à partir de la clientèle d'un coach. Juillet 2017. Article soumis pour publication.
2. Clumeck N, Delroisse S, Gozlan S, le Polain M, Massart AC, Mesters P, Pitchot W. Professional fatigue syndrome (burnout). Part 1 : identification by the general practitioner. *Rev Med Liege*. 2017 May;72(5):246-252.
3. Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. Recherche sur le burnout au sein de la population active belge. Période : Octobre 2009-Octobre 2010. Bruxelles, 2011:1-23.
4. Perlman B & Hartman E.A. Burnout: Summary and future research. *Human Relations* 1982, 35(4):283-305.
5. Reynaert C, Libert Y, Janne P, Zdanowicz N. Comment allez-vous docteur? Le burn-out du médecin. *Louvain Med* 2001, 120(9):296-310.
6. Roskam I, Raes ME, Mikolajczak M. Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. *Front Psychol* 2017,8:163.
7. Manzano-García G, & Ayala-Calvo J-C. New perspectives: towards an integration of the concept « burnout » and its explanatory models. *Anales de psicologia* 2013, 29:800-809.
8. Van Dam A, Keijsers G, Verbraak M, Eling P, Becker E. Level and appraisal of fatigue are not specific in burnout. *Clin Psychol Psychother*. 2015 Mar-Apr;22(2):133-41.
9. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev*. 2015 Mar;36:28-41.
10. Pardessus C. Prise en charge en médecine générale des troubles psychiques liés au travail - revue de littérature. Université d'Angers, 2016. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, qualification en Médecine Générale.
11. Huibers M, Beurskens A, Van Schayck C, Bazelmans E, Metsemakers J, Knottnerus J, & Bleijenberg G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy by general practitioners for

unexplained fatigue among employees: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2004, 184(3):240-246.

12. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int.* 2011 Nov;108(46):781-7.

13. Luts A. Le surdiagnostic du burn out. *Louvain Med* 2017; 136 (5):281-28.

14. Schneider A, Hilbert S, Hamann J, Skadsem S, Glaser J, Löwe B, Bühner M. The Implications of Psychological Symptoms for Length of Sick Leave. *Dtsch Arztebl Int.* 2017 Apr 28;114(17):291-297.

15. Robbe-Kernen M, Kehtari R. Healthcare professionals dealing with burnout: risk factors and preventive measures. *Rev Med Suisse.* 2014 Sep 24;10(443):1787-8, 1790-2.

16. Van Audenhove C, Neyens I, Perl F, Decuman S, Vanwynsberghe L, Alves J. Le point de vue des médecins généralistes sur la relation entre le travail et les troubles psychiques. Résumé des résultats d'étude. Etude réalisée par le LUCAS KULeuven Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy à la demande du Service des indemnités de l'INAMI. Louvain, Octobre 2015.

17. Delbrouck M, Vénara P, Goulet F, & Ladouceur R. Comment traiter le burn-out. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2011:27.

18. De Maesschalck V, Steverlynck J (Comité général de gestion pour le statut social des travailleurs indépendants). Burnout. Rapport 2019/01 rendu à la demande du Ministre des Indépendants et du Ministre des Affaires sociales. Bruxelles, Mai 2019.

19. Holmgren K, Hensing G, Bültmann U, Hadzibajramovic E, Larsson MEH. Does early identification of work-related stress, combined with feedback at GP-consultation, prevent sick leave in the following 12 months? a randomized controlled trial in primary health care. *BMC Public Health.* 2019 Aug 14;19(1):1110.

20. Bakker IM, van Marwijk HW, Terluin B, Anema JR, van Mechelen W, Stalman WA. Training GP's to use a minimal intervention for stress-related mental disorders with sick leave

(MISS): effects on performance: results of the MISS project; a cluster-randomised controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2010;78(2):206–11.

21. CESI. Résumé de l'Avis du Conseil Supérieur de la Santé: Burn-out et travail [page web]. 2017. Accessible sur : <https://www.cesi.be/fr/a-la-une/resume-de-lavis-du-conseil-superieur-de-la-sante-burn-out-et-travail> (consulté le 17/01/2020).

22. Mairiaux P, Vanmeerbeek M, Donceel P. Amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle. Résumé du rapport final. Projet HUT/DIRECT/2009/AP/1 commandé par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. 2009.

23. Verger P, Menard C, Richard JB, Demortiere G, Beck F. Collaboration between general practitioners and occupational physicians: a comparison of the results of two national surveys in France. *J Occup Environ Med.* 2014;56(2):209–13.

24. Feron D. Role of workers' disability in the therapy of professional burnout. *Rev Med Brux.* 2011 Sep;32(4):431-5.

25. Sylvain C, Durand MJ, Maillette P, Lamothe L. How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2016;17:71.

26. Heures P. Le burnout à la consultation du médecin généraliste. *Louvain Med* 2018, 137(9):535-539.

27. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2012;38:93-104.

28. Conseil Supérieur de la Santé. Burnout et travail. Bruxelles: CSS; 2017. Avis n° 9339.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Le diagnostic différentiel (Hansez et al., 2019)

Stress	Burnout
<p>Conséquence directe de stressseurs professionnels. Le sens du travail n'est pas central</p> <p>Est passager ou chronique</p> <p>Peut toucher tout type de travailleur</p> <p>N'est pas forcément accompagné d'attitudes négatives envers autrui</p> <p>Le support social et les stratégies d'adaptation peuvent être médiateurs entre stress et burnout</p>	<p>Rôle important du sens du travail dans l'apparition du syndrome</p> <p>Est la conséquence d'une exposition à un stress persistant de longue durée</p> <p>Touche avant tout les personnes qui accordent beaucoup d'importance au travail</p> <p>Attitudes et comportements négatifs envers les collègues, clients, patients,... Cynisme</p>
Dépression	Burnout
<p>Epuisement émotionnel et humeur dysphorique</p> <p>Etendue à tous les aspects de la vie</p> <p>Caractérisée par une perte du goût des choses/de la vie</p> <p>Plus faible estime de soi, défaitisme, moins grande vitalité</p> <p>Les antécédents dépressifs peuvent faciliter le burnout</p>	<p>Epuisement émotionnel et humeur dysphorique</p> <p>Lié spécifiquement au travail</p> <p>Conservation du goût des choses dans les aspects de la vie autres que le travail</p> <p>Estime de soi et réalisme plus grands, vitalité plus forte que pour la dépression</p> <p>Le burnout peut s'aggraver en dépression</p>
Fibromyalgie	Burnout
<p>Liée à une longue exposition au stress</p> <p>Douleurs musculo-squelettiques</p> <p>Pas d'origine dans le travail</p> <p>Les difficultés au travail sont évoquées comme conséquences de la fibromyalgie</p>	<p>Lié à une longue exposition au stress</p> <p>La douleur physique n'est pas un symptôme central</p> <p>Apparaît dans le travail</p>
Fatigue chronique	Burnout
<p>Fatigue générale</p> <p>Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée</p> <p>Cible des personnes engagées et actives avant l'apparition du syndrome</p> <p>Pas d'origine systématique dans le travail (serait provoquée par un virus)</p>	<p>Fatigue émotionnelle qui est associée aux deux autres composantes (dépersonnalisation et perte d'accomplissement)</p> <p>Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée</p> <p>Cible des personnes engagées et actives avant l'apparition du syndrome</p> <p>Lié au travail</p>

Difficultés causées par un évènement de vie	Burnout
<p>Il n'y a pas forcément de lien avec le travail (ex., décès, divorce, séparation...) mais il peut y en avoir un (ex. rétrogradation au travail, licenciement...)</p> <p>Suit un évènement précis, souvent de courte durée</p>	<p>Lien avec le travail</p> <p>Apparaît suite à une tension de longue durée</p>
Workaholisme	Burnout
<p>Les travailleurs passent énormément de temps au travail, sont réticents à s'en distancier et fournissent un travail au-delà de ce qui est attendu.</p> <p>Le travail affecte leur vie privée</p> <p><b>Importance du travail et du sens donné au travail pour le travailleur</b></p> <p>Peut conduire au burnout car l'implication excessive dans le travail peut épuiser les ressources</p> <p>Les émotions positives sont ressenties au travail</p> <p>Les émotions négatives sont plus actives (irritation, colère, agitation)</p> <p>Peut être un facteur de risque du burnout</p>	<p>Le burnout touche les personnes qui ont de fortes attentes envers leur travail</p> <p><b>Importance du travail et du sens donné au travail pour le travailleur</b></p> <p>L'épuisement propre au burnout est incompatible avec une forte implication dans le travail (workaholisme)</p> <p>Les émotions positives sont ressenties en dehors de la sphère professionnelle</p> <p>Les émotions négatives sont moins actives (fatigue, tristesse, léthargie)</p> <p>Le burnout se caractérise par une diminution de la performance</p>
Bore-out	Burnout
<p>Monotonie et manque de sens</p> <p>Sous-stimulation</p> <p>Etat désagréable de faible excitation et d'insatisfaction</p> <p>Le travailleur est capable de faire des efforts</p> <p>Besoin/en demande de stimulation</p> <p>Important de redonner du sens au travail et de rendre le travail plus stimulant</p>	<p>Demandes élevées et faibles ressources</p> <p>Sur-stimulation</p> <p>Réaction (l'épuisement et la distanciation mentale) au stress professionnel chronique</p> <p>Incapacité (car épuisement) et refus (car distanciation) de faire des efforts</p> <p>Besoin d'inactivité</p> <p>Important de rétablir l'équilibre entre les efforts et les récompenses</p>
Brown-out	Burnout
<p>Touche en priorité les professions dont le contenu humain et le contenu relationnel dominant (professions de « vocation »)</p> <p>Capable d'accomplir des tâches mais avec un sentiment de lassitude immédiat</p> <p>Plutôt caractérisé par une perte totale de sens</p>	<p>Touche en priorité les professions dont le contenu humain et le contenu relationnel dominant (professions de « vocation »)</p> <p>Plus capable d'accomplir des tâches</p> <p>Plutôt caractérisé par un surmenage (sur-stimulation)</p>

## ANNEXE 2 : Le questionnaire envoyé aux participants

### PRISE EN CHARGE DU BURN-OUT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La prise en charge du burn-out se voit actuellement repensée de façon à soutenir les soignants dans leur pratique et mieux guider les patients. Ainsi, vous avez peut-être entendu parler de la naissance de nouveaux groupes thérapeutiques tels qu'il en existe depuis peu au Grand Hôpital de Charleroi et au Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi. De même, l'INAMI se pose aujourd'hui la question de l'intérêt d'un trajet de soin pour le burn-out. Pourquoi ce besoin de nouveaux "outils" de prise en charge ?

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, j'aimerais interroger l'avis de mes confrères généralistes du Grand Charleroi sur les potentielles difficultés rencontrées lors de consultations pour burn-out. Ce questionnaire a donc été réalisé afin d'obtenir votre réalité de terrain face à la question.

Il s'agit principalement de questions à choix multiples. Répondre à ces questions ne vous prendra qu'une petite dizaine de minutes.

Celui-ci se veut bien entendu anonyme.

Merci d'y participer!

Dr Shala Saranda

### Rubrique 1 : Pour en savoir un peu plus sur vous...

1. De quel genre êtes-vous ?
  - Femme
  - Homme
2. Quel âge avez-vous ?
  - Entre 20 – 29 ans
  - Entre 30 – 39 ans
  - Entre 40 – 49 ans
  - Entre 50 – 59 ans
  - 60 ans et plus
3. Quelle est votre situation conjugale ?
  - Célibataire
  - En couple
  - Marié
4. Avez-vous un ou plusieurs enfant(s) ?
  - Oui
  - Non
5. Depuis combien d'années exercez-vous (assistantat compris) ?
  - Entre 1 et 5 ans
  - Entre 5 et 10 ans
  - Entre 10 et 20 ans
  - Au-delà de 20 ans
6. Comment exercez-vous la médecine générale ?
  - Individuellement
  - Avec plusieurs confrères, en maison médicale

- Avec plusieurs confrères, en regroupement
- Avec d'autres types de soignants (si oui, précisez quel corps de métier à la question suivante)

7. Si vous avez choisi la dernière réponse à la question précédente, quels sont les corps de métier avec lesquels vous travaillez ?

- Kinésithérapeute
- Psychologue
- Travailleur social
- Infirmier
- Diététicien
- Nutritionniste
- Autre ...

### **Rubrique 2 : Définition**

8. Quelle est votre définition du burn-out ? (Réponse courte)

### **Rubrique 3 : Le but de cette section est d'avoir une "estimation épidémiologique" comparative entre le burn-out tel qu'il est amené par le patient et le burn-out tel qu'il est diagnostiqué par le médecin.**

9. A combien estimez-vous le nombre de consultations par MOIS pour « épuisement professionnel » ou « burn-out » tel qu'énoncé par le patient ?

- Entre 0 et 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 15
- Entre 15 et 20
- Plus de 20

10. A combien estimez-vous le nombre de diagnostic de burn-out que vous posez vous-même par AN ?

- Entre 0 et 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 15
- Entre 15 et 20
- Plus de 20

11. Avez-vous l'impression de voir une augmentation des consultations pour « épuisement lié au travail » ces dernières années ?

- Oui
- Non

12. Avez-vous l'impression de poser plus souvent le diagnostic de burn-out ces dernières années ?

- Oui
- Non

13. Avez-vous remarqué une augmentation du mal-être générale dans votre patientèle ?

- Oui

- Non

#### **Rubrique 4**

14. Selon vous, quels sont les critères nécessaires pour poser le diagnostic de burn-out ?

- Avoir un travail
- Un nombre d'heures de travail conséquent (ce qui exclut un mi-temps, par exemple)
- Un travail impliquant de hautes responsabilités
- Un travail impliquant une relation d'aide
- Un sentiment de culpabilité par rapport à l'arrêt de travail
- Une difficulté à accepter une mise en arrêt de travail, vécu comme un échec
- Un sentiment de dévalorisation de soi, de ses compétences
- Un cynisme et/ou une irritabilité t/ou une perte d'empathie
- Un épuisement émotionnel et physique
- Aucune condition n'est nécessaire
- Autre ...

15. Selon vous, le terme burn-out est-il sur-utilisé (par exemple, pour exprimer tout mécontentement lié au travail ou la difficulté d'assumer travail et vie de famille) ?

- Oui
- Non

16. Avez-vous suivi une quelconque formation ou séminaire concernant la prise en charge du burn-out ?

- Oui
- Non

17. Si oui à la question précédente, veuillez partager la formation, séminaire suivi ?  
Réponse ouverte courte

18. Utilisez-vous des outils ou échelles d'aide au diagnostic ?

- Oui
- Non

19. Si oui à la question précédente, quels outils utilisez-vous pour vous aider dans le cadre des consultations pour burn-out ?

Réponse ouverte courte

20. Êtes-vous satisfait des échelles/outils mis à votre disposition ?

- Oui
- Non

21. Vous êtes-vous constitué un réseau pour vous aider à prendre en charge les patients souffrant de burn-out ?

- Oui
- Non

22. Si oui à la question précédente, de quoi est constitué votre réseau ?

- Psychologue

- Psychiatre
- Coach
- Diététicien(ne)
- Kinésithérapeute
- Travailleur social
- Sophrologue
- Autre...

23. Rentrez-vous en contact avec la médecine du travail ?

- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Non, jamais

24. Avez-vous déjà été mal à l'aise lors d'une consultation pour burn-out ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Tout le temps

25. Si vous avez déjà ressenti un malaise, était-il lié au diagnostic du burn-out ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Tout le temps

26. Si vous avez déjà ressenti un malaise, était-il lié à la prise en charge du burn-out ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Tout le temps

27. Vous sentez-vous suffisamment qualifié(e) pour poser le diagnostic du burn-out ?

- Oui
- Non

28. est-il possible selon vous de poser le diagnostic du burn-out lors d'une première consultation pour « épuisement professionnel » ?

- Oui
- Non

## **Rubrique 5**

29. Avez-vous déjà ressenti un malaise face à la prescription d'une incapacité de travail dans le cadre du burn-out ?

- Tout le temps
- Jamais
- Parfois
- Souvent

30. A quoi votre malaise était-il lié ?

Réponse ouverte courte

31. Vous sentez-vous suffisamment qualifié pour la prise en charge du patient ?

- Oui
- Non

32. Avez-vous le sentiment que les patients attendent de vous que vous leur prescriviez une ITT ?

- Oui, parfois
- Oui, souvent
- Non, jamais

33. Vous sentez-vous impliqué activement dans la prise en charge du patient en burn-out ?

- Oui
- Non

34. Avez-vous déjà eu recours à la « concertation autour du patient psychiatrique » ?

- Oui, rarement
- Oui, souvent
- Non, jamais car l'opportunité ne s'est pas présentée
- Non, jamais car je ne savais pas que cela existait

35. Que proposez-vous comme traitement en général ?

- Du repos
- Un antidépresseur et/ou des anxiolytiques
- Un coaching
- Du sport
- Une prise en charge de groupe (groupe d'entraide, hospitalisation de jour, ...)
- De la pleine conscience (« mindfulness »)
- Des compléments alimentaires (magnésium, vitamines, ...)
- De la phytothérapie (passiflore, valériane, xtrait de safran, ...)
- Autres ...

36. Connaissez-vous les signes avant-coureurs du burn-out, permettant de prévenir un burn-out ?

- Oui
- Non

37. Avez-vous une durée maximale d'incapacité à partir de laquelle vous référez le patient (par exemple, à un psychiatre) ?

- Oui
- Non

38. Je fixe ma limite à ....

Réponse ouverte courte

39. Estimez-vous que l'ITT soit suffisante dans la prise en charge du burn-out ?

- Oui
- Non

- Parfois

40. Un médecin conseil vous a-t-il déjà demandé d'argumenter votre décision de mise en incapacité de travail pour burn-out ?

- Oui
- Non

41. Avez-vous déjà entendu parlé du « trajet de réintégration » ?

- Oui
- Non

42. Estimez-vous que la communication entre les différents intervenants prenant en charge un patient en burn-out soit suffisante ?

- Oui
- Non

### **Rubrique 6**

43. Jusqu'à présent, la prise en charge du burn-out semble se faire principalement via les soins de santé. Pensez-vous que la réponse au burn-out devrait se situer davantage dans le monde sociétal, politique et/ou économique?

- Oui
- Non

### **Rubrique 7 Commentaires - section ouverte (non obligatoire)**

Cette partie est mise à votre disposition pour vous exprimer librement. Tous commentaires, remarques, propositions seront fortement appréciés.

### **ANNEXE 3 : Les définitions du burn-out données par les répondants (ordre aléatoire)**

1. Découragement, impression de ne plus être maître de ses décisions.
2. Épuisement psychologique chez un patient consciencieux qui n'est pas reconnu dans ses efforts.
3. fktuuy
4. Épuisement physique et émotionnel essentiellement dus au travail
5. Épuisement physique, stress psychique, lié aux conditions de travail
6. Épuisement psychique et physique faisant suite à un surinvestissement de longue durée dans un domaine de la vie le plus souvent professionnel mais également parental.
7. Un ras le bol généralisé
8. Épuisement et état dépressif lié au travail
9. Épuisement "mental" professionnel ou familial
10. Épuisement physique, émotionnel et cognitif, à cause des contraintes professionnelles à cause des contraintes professionnelles
11. Surcharge émotionnelle dans le travail
12. Lâcher prise
13. Surmenage physique et psychologique sans valorisation du travail
14. Ras le bol professionnel
15. Épuisement professionnel et/ou parentale
16. Épuisement psychologique, moral, sensation de responsabilité exacerbée, lié au travail
17. Épuisement physique et mental
18. Épuisement mental et physique post surmenage
19. Épuisement physique et psychique
20. Ne pas oser dire non
21. Ne plus savoir se lever pour travailler, ne plus avoir de plaisir à travailler
22. Déséquilibre, surmenage, décompensation physique et psychique dans une activité de vie journalière de base
23. Épuisement physique et mental
24. Désaffection sentimentale
25. Épuisement physique ou psychique engendrant un état de désintérêt profond
26. Perte de motivation
27. Syndrome d'épuisement uniquement lié au contexte de travail chez une personne investie dans son travail mais avec un sentiment multifactoriel d'inadéquation avec la structure qui l'emploie
28. Conséquence de l'illogisme de nos sociétés
29. Dépression liée au travail, caractérisé un surinvestissement du soignant qui entraîne un épuisement psychique, une dépersonnalisation du patient et à un culpabilisation avec un sentiment d'incompétence
30. Épuisement émotionnel et physique
31. Intolérance à une charge de travail
32. Fatigue intense physique et morale par surmenage et sur investissement
33. Épuisement psychique lié au travail
34. Anxiété majeure liée au travail
35. Sursaturation-stress-nette altération des performances-agressivité envers les proches
36. Souffrance psychologique due au travail
37. Surcharge émotionnellement
38. Surcharge émotionnelle avec robotisation et dépersonnalisation sans plus aucun épanouissement professionnel
39. Mal-être au travail ou dans sa vie privé
40. Sensation de ne plus être capable de faire face à mes obligations et d'assurer correctement mon rôle (professionnel en l'occurrence, mais cela peut être dans d'autres domaines de la vie, burn out parental par exemple)
41. Sensation d'incapacité à gérer, à terminer les tâches, impression de ne jamais bien faire ou de ne pas faire assez

#### ANNEXE 4 : Les commentaires laissés par les répondants (ordre aléatoire)

1. Chaque patient est différent, donc l'approche et la prise en charge est très individuelle.
2. Pathologie particulièrement irritante, les travailleurs ayant de plus en plus de mal à accepter les contraintes du travail. On ne peut espérer gagner sa vie sans avoir de contraintes. Les attentes , entre autres financières, sont trop importantes par rapport à l'investissement personnel que le travailleur veut consentir. La société, à mon avis, ne met plus suffisamment en valeur et donne l'illusion qu'on peut gagner sa vie sans travailler. Elle pousse également les exigences salariales de plus en plus haut (pour suivre le train de vie qu'on pense devoir avoir). Véritable question de société et, à mon avis, pas une question médicale!
3. Certaines questions ne permettaient pas l'abstention, donc j'ai été acculée à dire n'importe quoi...
4. Certains diagnostics s'aiment à des suggestions à la mode...
5. Société malade du rendement à tout prix. Tout est chiffre, chiffre d'affaire, économie mondiale, cotation en bourse, tout est basé sur l'argent et la personne n'est plus qu'un moyen d'obtenir des résultats... A TOUT PRIX !!!
6. C'est un très gros problème sociétal et il faudrait plus en parler et expliquer aux gens les signes et que ce sont souvent des gens perfectionnistes et qui aiment leur travail.
7. Pas de burn-out il y a dix ans...ou très peu...
8. Il faut améliorer la communication écrite entre les intervenants, surtout apprendre aux psychologues à faire des petits rapports au médecin traitant si celui-ci lui a fait un mot écrit.
9. Le coaching est à mon sens d'une définition trop flottante et manque d'homogénéité ce qui ne le rend pas recommandable en première intention à moins de connaître un bon intervenant.
10. J'espère que votre étude permettra de mieux appréhender le problème et de trouver des solutions pour y remédier.
11. Surtout une absence de reconnaissance du supérieur ou du cadre familial.
12. Problème de société , charge et exigences de résultats parfois démesurées.
13. Si les travailleurs avaient de meilleures conditions de travail et une valorisation ne fût-ce que psychologique au travail cela irait beaucoup mieux.
14. Bon sujet - je serais intéressée d'avoir copie de votre TFE ou du moins des conclusions!  
Bonne continuation.
15. Un trajet de soins dans le cadre du burn-out pourrait être intéressant.
16. D'abord, difficulté du patient d'accepter le diagnostic et de venir en parler régulièrement.  
Relation de confiance nécessaire entre patient et médecin et entre patient et soutien psychologique.

**ANNEXE 5 :** détails des résultats utilisés pour la réalisation des tableaux de contingence nécessaires à l'analyse statistique

**En fonction de l'âge :**

Nb	Âge	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
18 (43,9%)	> 60 ans	8 jms (44,4%)	1 jms (10%)	3 jms (30%)	5 jms (27,8%)	17 (94,4%) qualifié pour D/ 1 (5,6%) pas qualifié pour D/
		10 pfs (55,5%)	7 pfs (70%)	7 pfs (70%)	11 pfs (61,1%)	13 (72,2%) qualifié pour PEC 5 (27,8%) pas qualifié pour PEC
			2 svt (20%)		1 svt (5,6%)	
10 (24,3%)	40-59 ans	4 jms (40%)	1 jms (16,7%)	0 jms (0%)	4 jms (40%)	2 (20%) pas qualifié pour D/ 8 (80%) qualifié pour D/
		5 pfs (50%)	1 pfs (16,7%)	4 pfs (66,7%)	4 pfs (40%)	6 (60%) qualifié pour PEC 4 (40%) pas qualifié pour PEC
		1 svt (10%)	4 sv, (66,7%)	2 svt (33,3%)	2 svt (20%)	
13 (31,7%)	20-39 ans	5 jms (38,5%)	2 jms(25%)		6 jms (46,2%)	11 (84,6%) qualifié pour D/ 2 (15,4%) pas qualifié pour D/
		8 pfs (61,5%)	4 pfs (50%)	7 pfs (87,5%)	6 pfs (46,2%)	6 (46,2%) qualifié pour PEC 7 (53,8%) pas qualifié pour PEC
			2 svt (25%)	1 tt le tps (12,5%)	1 svt (7,7%)	

**En fonction du sexe :**

Nb	Sexe	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT?	QUALIFIE ?
18 (43,9%)	Femme	5 jms (27,8%)	3 jms (23,1%)	2 jms (15,4%)	6 jms (33,3%)	15 (83,3%) qualifié pour D/ 3 (16,7%) pas qualifié pour D/
		12 pfs (66,7%)	7 pfs (53,8%)	9 pfs (69,2%)	10 pfs (55,6%)	
		1 svt (5,6%)	3 svt (23,1%)	1 svt (5,6%)	2 svt (11,1%)	9 (50%) qualifié pour PEC 9 (50%) pas qualifié pour PEC
				1 tt le tps (5,6%)		
23 (56,1%)	Homme	12 jms (52,1%)	1 jms (9,1%)	1 jms (9,1%)	9 jms (39,1%)	21 (91,3%) qualifié pour D/ 2 (8,7%) pas qualifié pour D/
		11 pfs (47,8%)	9 pfs (81,8%)	9 pfs (81,8%)	11 pfs (47,8%)	
			1 svt (9,1%)	1 svt (9,1%)	2 svt (8,7%)	16 (69,6%) qualifié pour PEC 7 (30,4%) pas qualifié pour PEC
					1 tt le tps (4,4%)	

### En fonction de la situation conjugale :

Nb	Situation conjugale	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
4 (9,8%)	Célibataire	3 jms (75%)			1 jms (25%)	3 (75%) qualifié pour D/ 1 (25%) pas qualifié pour D/
		1 pfs (25%)	1 pfs (100%)	1 svt (100%)	3 pfs (75%)	2 (50%) qualifié pour PEC 2 (50%) pas qualifié pour PEC
13 (31,7%)	En couple	5 jms (38,5%)	1 jms (12,5%)		5 jms (62,5%)	12 (92,3%) qualifié pour D/ 1 (7,7%) pas qualifié pour D/
		7 pfs (53,8%)	5 pfs (62,5%)	8 pfs (100%)	7 pfs (87,5%)	11 (84,6%) qualifié pour PEC 2 (15,4%) pas qualifié pour PEC
		1 svt (7,7%)	2 svt (25%)		1 svt (12,5%)	
24 (58,5%)	Marié	9 jms (37,5%)	3 jms (20%)	3 jms (20%)	9 jms (37,5%)	21 (87,5%) qualifié pour D/ 3 (12,5%) pas qualifié pour D/
		15 pfs (62,5%)	10 pfs (66,7%)	10 pfs (66,7%)	11 pfs (45,8%)	12 (50%) qualifié pour PEC 12 (50%) pas qualifié pour PEC
			2 svt (13,3%)	1 svt (6,7%)	3 svt (12,5%)	
				1 tt le tps (6,7%)	1 tt le tps (4,2%)	

### En fonction de la parentalité :

Nb	Parentalité	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
34 (82,9%)	Avec enfant(s)	15 jms (44,1%)			11 jms (32,4%)	30 (88,2%) qualifié pour D/ 4 (11,8%) pas qualifié pour D/
		18 pfs (52,9%)	3 jms (15,8%)	2 jms (10,5%)	18 pfs (52,9%)	
		1 svt (2,9%)	13 pfs (68,4%)	14 pfs (73,7%)	4 svt (11,8%)	20 (58,8%) qualifié pour PEC 14 (41,2%) pas qualifié pour PEC
			3 svt (15,8%)	2 svt (10,5%) 1 tt le tps (5,3%)	1 tt le tps (2,9%)	
7 (17,1%)	Sans enfant	2 jms (28,6%)	1 jms (20%)	1 jms (20%)	4 jms (57,1%)	6 (85,7%) qualifié pour D/ 1 (14,3%) pas qualifié pour D/
		5 pfs (71,4%)	3 pfs (60%)	4 pfs (80%)	3 pfs (42,9%)	
			1 svt (20%)			5 (71,4%) qualifié pour PEC 2 (28,6%) pas qualifié pour PEC

### En fonction des années de pratique :

Nb	Années de pratique	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
26 (63,4%)	>20	12 jms (46,2%)			8 jms (30,8%)	23 (88,5%) qualifié pour D/ 3 (11,5%) pas qualifié pour D/
		14 pfs (53,8%)	2 jms (14,3%)	3 jms (21,4%)	15 pfs (57,7%)	
			11 pfs (78,6%)	9 pfs (64,3%)	2 svt (7,7%)	17 (65,4%) qualifié pour PEC 9 (34,6%) pas qualifié pour PEC
			1 svt (7,1%)	2 svt (14,3%)	1 tt le tps (3,8%)	
2 (4,9%)	10-20	1 jms (50%)			2 jms (100%)	2 (100%) qualifié pour D/
		1 svt (50%)	1 pfs (100%)	1 pfs (100%)		1 (50%) qualifié pour PEC 1 (50%) pas qualifié pour PEC
10 (24,4%)	5-10	4 jms (40%)			5 jms (50%)	9 (90%) qualifié pour D/ 1 (10%) pas qualifié pour D/
		6 pfs (60%)	1 jms (16,7%)	6 pfs (100%)	4 pfs (40%)	
			3 pfs (50%)		1 svt (10%)	5 (50%) qualifié pour PEC 5 (50%) pas qualifié pour PEC
			2 svt (33,3%)			
3 (7,3%)	1-5	3 pfs (100%)	1 jms (33,3%)	2 pfs (66,7%)	2 pfs (66,7%)	2 (66,7%) qualifié pour D/ 1 (33,3%) pas qualifié pour D/
			1 pfs (33,3%)	1 tt le tps (33,3%)	1 svt (33,3%)	
			1 svt (33,3%)			2 (66,7%) qualifié pour PEC 1 (33,3%) pas qualifié pour PEC

### En fonction du type de pratique :

Nb	Type de pratique	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
14 (34,1%)	Solo	5 jms (35,7%)		1 jms (11,1%)	2 jms (14,3%)	11 (78,6%) qualifié pour D/ 3 (21,4%) pas qualifié pour D/
		9 pfs (64,3%)	7 pfs (77,8%)	7 pfs (77,8%)	10 pfs (71,4%)	
			2 svt (22,2%)	1 svt (11,1%)	1 svt (7,1%)	8 (57,1%) qualifié pour PEC 6 (42,9%) pas qualifié pour PEC
					1 tt le tps (7,1%)	
16 (39%)	A plusieurs MG	7 jms (43,8%)	3 jms (33,3%)	2 jms (22,2%)	8 jms (50%)	16 (100%) qualifié pour D/
		9 pfs (56,3%)	4 pfs (44,4%)	8 pfs (88,9%)	6 pfs (37,5%)	11 (68,7%) qualifié pour PEC 5 (31,3%) pas qualifié pour PEC
			2 svt (22,2%)		2 svt (12,5%)	
11 (26,8%)	Avec autres types de soignants	5 jms (45,5%)	1 jms (16,7%)		5 jms (45,5%)	9 (81,8%) qualifié pour D/ 2 (18,2%) pas qualifié pour D/
		5 pfs (45,5%)	5 pfs (83,3%)	4 pfs (66,7%)	5 pfs (45,5%)	
		1 svt (9,1%)		1 svt (16,7%)	1 svt (9,1%)	6 (54,6%) qualifié pour PEC 5 (45,5%) pas qualifié pour PEC
				1 tt le tps (16,7%)		

### En fonction de la connaissance des signes avant-coureurs :

Nb	Connaissance des prodromes	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
28 (68,3 %)	Connaissent les signes avant-coureurs	14 jms (50%)			8 jms (28,6%)	26 (92,9%) qualifié pour D/ 2 (7,1%) pas qualifié pour D/
		14 pfs (50%)	2 jms (14,3%)	2 jms (14,3%)	16 pfs (57,1%)	
			10 pfs (71,4%)	10 pfs (71,4%)	3 svt (10,7%)	17 (60,7%) qualifié pour PEC 11 (39,3%) pas qualifié pour PEC
			2 svt (14,3%)	1 svt (7,1%)	1 tt le temps (3,6%)	
13 (31,7 %)	Ne connaissent pas les signes avant-coureurs	3 jms (23,1%)	3 jms (30%)	1 jms (10%)	7 jms (53,8%)	10 (76,9%) qualifié pour D/ 3 (23,1%) pas qualifié pour D/
		9 pfs (69,2%)	5 pfs (50%)	8 pfs (80%)	5 pfs (38,5%)	
		1 svt (7,7%)	2 svt (20%)	1 svt (10%)	1 svt (7,7%)	8 (61,5%) qualifié pour PEC 5 (38,5%) pas qualifié pour PEC

### En fonction d'une formation suivie :

Nb	Formation	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
11 (26,8 %)	Formation suivie	6 jms (54,5%)			4 jms (36,4%)	11 (100%) qualifié pour D/
		5 pfs (45,5%)	4 pfs (80%)	4 pfs (80%)	5 pfs (45,5%)	
			1 svt (20%)	1 svt (20%)	1 svt (9,1%)	7 (63,6%) qualifié pour PEC 4 (36,4%) pas qualifié pour PEC
					1 tt le tps (9,1%)	
30 (73,2 %)	Pas de formation suivie	11 jms (36,7%)	4 jms (21,1%)	3 jms (10%)	11 jms (36,7%)	25 (83,3%) qualifié pour D/ 5 (16,7%) pas qualifié pour D/
		18 pfs (60%)	12 pfs (63,2%)	14 pfs (46,7%)	16 pfs (53,3%)	
		1 svt (3,3%)	3 svt (15,8%)	1 svt (3,3%)	3 svt (10%)	18 (60%) qualifié pour PEC 12 (40%) pas qualifié pour PEC
				1 tt le tps (3,3%)		

### En fonction de l'utilisation d'échelles diagnostiques :

Nb	Échelle(s)	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
8 (19,5%)	Utilisent une échelle	4 jms (50%)	1 jms (25%)			8 (100%) qualifié pour D/
		4 pfs (50%)	1 pfs (25%)	2 pfs (50%)		
			2 svt (50%)	1 svt (25%)		50% pense qu'il n'est pas possible de D/ un BO à la 1ère consultation
				1 tt le tps (25%)		
33 (80,5%)	N'utilisent pas d'échelle	13 jms (39,4%)	3 jms (15%)	3 jms (15%)		28 (84,8%) qualifié pour D/
		19 pfs (57,6%)	15 pfs (75%)	16 pfs (80%)		5 (15,2%) pas qualifié pour D/
		1 svt (3,0%)	2 svt (10%)	1 svt (5%)		15 (45,5%) pensent qu'on ne peut pas D/ un BO à la 1ère consultation

### En fonction de la création d'un réseau :

Nb	Réseau	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
19 (46,3%)	Pas de réseau	7 jms (36,8%)	2 jms (16,7%)	1 jms (8,3%)	7 jms (36,8%)	16 (84,2%) qualifié pour D/ 3 (15,8%) pas qualifié pour D/
		12 pfs (63,2%)	8 pfs (66,7%)	9 pfs (75%)	8 pfs (42,1%)	
			2 svt (16,7%)	1 svt (8,3%)	3 svt (15,8%)	11 (57,9%) qualifié pour PEC 8 (42,1%) pas qualifié pour PEC
				1 tt le tps (8,3%)	1 tt le tps (5,3%)	
22 (53,7%)	Réseau	10 jms (45,5%)	2 jms (16,7%)	2 jms (16,7%)	8 jms (36,4%)	20 (90,9%) qualifié pour D/ 2 (9,1%) pas qualifié pour D/
		11 pfs (50%)	8 pfs (66,7%)	9 pfs (75%)	13 pfs (59,1%)	
		1 svt (4,5%)	2 svt (16,7%)	1 svt (8,3%)	1 svt (4,5%)	14 (63,6%) qualifié pour PEC 8 (36,4%) pas qualifié pour PEC

### En fonction de la prise de contact avec la médecine du travail :

Nb	Contact avec méd du travail	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
16 (39%)	Jms de contact avec le médecin du travail	8 jms (50%)	3 jms (37,5%)	1 jms (12,5%)	7 jms (43,8%)	14 (87,5%) qualifié pour D/ 2 (12,5%) pas qualifié pour D/
		8 pfs (50%)	4 pfs (50%)	5 pfs (62,5%)	9 pfs (56,3%)	
			1 svt (12,5%)	1 svt (12,5%)		8 (50%) qualifié pour PEC 8 (50%) pas qualifié pour PEC
				1 tt le tps (12,5%)		
23 (70%)	Pfs contact avec le médecin du travail	7 jms (28%)	1 jms (6,3%)	2 jms (12,5%)	7 jms (28%)	20 (87%) qualifié pour D/ 3 (13%) pas qualifié pour D/
		15 pfs (60%)	12 pfs (75%)	13 pfs (81,3%)	12 pfs (48%)	
		1 svt (4%)	3 svt (12%)	1 svt (6,3%)	4 svt (16%)	16 (69,6%) qualifié pour PEC 7 (30,4%) pas qualifié pour PEC
2 (4,9%)	Svt contact avec le médecin du travail	2 Jms (100%)			1 tt le tps (50%)	2 (100%) qualifié pour D/ 1 (50%) qualifié pour PEC 1 (50%) pas qualifié pour PEC

### En fonction de la connaissance du trajet de réintégration :

Nb	Trajet	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
20 (48,8%)	Connaissent le trajet de réintégration	7 jms (35%)	1 jms (7,7%)	2 jms (10%)	7 jms (35%)	18 (90%) qualifié pour D/ 2 (10%) pas qualifié pour D/
		12 pfs (60%)	10 pfs (76,9%)	10 pfs (76,9%)	9 pfs (45%)	
		1 svt (5%)	2 svt (10%)	1 svt (7,7%)	3 svt (15%)	14 (70%) qualifié pour PEC 6 (30%) non qualifié pour PEC
					1 tt le tps (5%)	
21 (51,2%)	Ne connaissent pas le trajet de réintégration	10 jms (47,6%)	2 jms (18,2%)	1 jms (9,1%)	8 jms (38,1%)	3 (14,8%) non qualifié pour D/ 10 (47,6%) non qualifié pour PEC
		11 pfs (52,4%)	6 pfs (54,5%)	8 pfs (72,7%)	12 pfs (57,1%)	
					1 svt (4,8%)	

**En fonction de l'utilisation de la « concertation autour du patient psychiatrique » :**

Nb	Concertation	Malaise ?	Diagnostic ?	Prise en charge ?	ITT ?	QUALIFIE ?
9 (22%)	Utilisent la concertation	5 jms (55,6%)		1 jms (25%)	3 jms (33,3%)	9 (100%) qualifié pour D/  6 (66,7%) qualifié pour PEC 3 (33,3%) pas qualifié pour PEC
		3 pfs (33,3%)	2 pfs (50%)	3 pfs (75%)	4 pfs (44,4%)	
		1 svt (11,1%)	2 svt (50%)		1 svt (11,1%)	
					1 tt le tps (11,1%)	
32 (78%)	N'utilisent pas la concertation	12 jms (37,5%)	4 jms (20%)	2 jms (10%)	12 jms (37,5%)	27 (84,4%) qualifié pour D/ 5 (15,6%) pas qualifié pour D/  20 (62,5%) qualifié pour PEC 12 (37,5%) pas qualifié pour PEC
		20 pfs (62,5%)	14 pfs (70%)	15 pfs (75%)	17 pfs (53,1%)	
			2 svt (10%)	2 svt (10%)	3 svt (9,4%)	
				1 tt le tps (5%)		

# Guide « réintégration » pour les médecins traitants

Version d' avril 2018



**WEERWERK**

**Weerwerk** est un collectif de médecins, chercheurs, syndicalistes et activistes ayant pour but de réfléchir et d'agir avec vous sur la question de la santé au travail

E-mail : [weerwerkers@gmail.com](mailto:weerwerkers@gmail.com)

Facebook : [www.facebook.com/weerwerkers/](https://www.facebook.com/weerwerkers/)

Site Internet : [weerwerk.wordpress.com](http://weerwerk.wordpress.com)

## Table des matières

SCÉNARIO 1 : Le patient désire lui-même reprendre le travail (éventuellement un travail adapté).....	3
SCÉNARIO 2 : Le patient est convoqué par l'EMPLOYEUR en vue d'une réintégration .....	4
SCÉNARIO 3 : La MUTUALITÉ décide que le médecin du travail doit examiner la possibilité d'une réintégration.....	5
SCÉNARIO 4 : Le patient souhaite tout de même donner suite à la convocation du médecin du travail en vue d'un « trajet de réintégration » .....	5
SCÉNARIO 5 : L'employeur ne veut pas proposer de travail adapté.....	6
SCÉNARIO 6 : Vous suspectez une déclaration abusive d'« incapacité définitive » et/ou un licenciement abusif du travailleur pour force majeure médicale .....	7
SCÉNARIO 7 : Le service du personnel invite le travailleur à demander à son médecin traitant de déclarer qu'il est « définitivement inapte » .....	9
SCÉNARIO 8 : Le travailleur veut lui-même être licencié pour force majeure médicale .....	9

## SCÉNARIO 1 : Le patient désire lui-même reprendre le travail (éventuellement un travail adapté)

**CONTEXTE :** Principal point à cet égard : si l'employeur est bienveillant, un travailleur peut reprendre le travail et se voir proposer un travail adapté SANS devoir suivre la procédure de réintégration formelle. Il n'y a aucune objection légale en la matière.

**ATTENTION :** En raison du risque de licenciement pour force majeure médicale, nous conseillons aux patients qui souhaitent reprendre le travail, dans un premier temps, de ne PAS entamer de procédure de réintégration formelle.

### QUE PEUT-ON FAIRE ALORS ?

- Essayez d'abord, **de manière informelle**, d'examiner les possibilités de reprise du travail. Le patient a-t-il le sentiment qu'un travail adapté peut lui être proposé chez cet employeur ? En tant que médecin traitant, il est préférable que vous preniez d'abord **contact par téléphone avec le médecin du travail**, afin de sonder les possibilités.
- Proposez au patient de **se renseigner auprès d'un délégué syndical**. En effet, ils sont souvent en mesure d'évaluer les possibilités. De plus, ils connaissent la politique de réintégration spécifique à leur entreprise, dans laquelle les possibilités de travail adapté sont décrites. Conseillez au travailleur de demander cette politique de réintégration. Cela pourra vous aider, en tant que médecin traitant, à formuler des propositions de travail adapté.
- Il arrive que la délégation des travailleurs du CPPT ait spécifiquement désigné une personne pour accompagner les travailleurs désireux de reprendre le travail. Le travailleur a toujours le droit de se faire assister par un délégué syndical membre du CPPT, y compris lors des consultations chez le médecin du travail.
- Conseillez au travailleur de demander un **rendez-vous chez le médecin du travail** à l'aide du [courrier type 1](#). Il est important que le travailleur demande une « visite de pré-reprise du travail » et pas une consultation dans le cadre d'une réintégration. Une personne sollicitant un rendez-vous doit l'obtenir dans les 10 jours. Cette méthode a l'avantage de permettre au travailleur de sonder, auprès du médecin du travail, les possibilités de reprise du travail, les adaptations requises au poste de travail, etc. Si le travailleur en fait la demande, l'employeur n'est pas informé de cette visite. (À mentionner dans le courrier de demande de rendez-vous). Ceci diffère donc de la procédure standard, au cours de laquelle l'employeur est informé. La consultation du médecin du travail est entièrement gratuite pour le travailleur. Sur accord du travailleur, le médecin du travail prend contact avec le médecin traitant ou le médecin-conseil de la mutualité. Le courrier de demande d'une telle consultation doit être adressé au médecin du travail concerné, via l'adresse du service de prévention externe ou interne. Vous trouverez les adresses des services externes de prévention ici : <http://www.emploi.belgique.be/erkenningenDefault.aspx?id=5040>

### QUE DOIS-JE METTRE SUR PAPIER EN TANT QUE MÉDECIN TRAITANT ?

- Essayez dans un premier temps d'avoir un **contact téléphonique avec le médecin du travail** afin d'examiner les possibilités avant de mettre quoi que ce soit sur papier.
- Remettez au patient un courrier à l'attention du médecin du travail, avec la formulation la plus prudente possible (voir le [scénario 4](#))
- **En tout état de cause, ne remettez jamais de certificats directement à l'employeur ou au service du personnel !**

## SCÉNARIO 2 : Le patient est convoqué par l'EMPLOYEUR en vue d'une réintégration

**CONTEXTE** : Après 4 mois d'incapacité de travail, l'employeur peut demander au médecin du travail de convoquer un malade en vue d'une « procédure de réintégration ». Si l'employeur (service du personnel ou dirigeant) parvient à convaincre le travailleur de démarrer « lui-même » une procédure de réintégration, cela peut même se faire plus tôt (voir le [scénario 7](#)).

**ATTENTION** : Si vous soupçonnez l'employeur d'entreprendre cette démarche uniquement pour déclarer un malade définitivement inapte et le licencier pour force majeure médicale, il y a la possibilité de ne pas donner suite à la convocation du médecin du travail. Si le travailleur est définitivement inapte pour son ancienne profession et n'a pas de perspective d'un travail différent ou adapté chez cet employeur, le travailleur n'a aucun intérêt à répondre positivement à cette convocation. En effet, cela ne pourrait conduire qu'à un licenciement pour force majeure médicale.

### QUE POUVEZ-VOUS FAIRE ?

- Important à savoir : **un travailleur malade n'est pas obligé de donner suite à la convocation du médecin du travail**. Ces convocations sont généralement rédigées dans un style menaçant, évoquant par exemple la perte des allocations de maladie ou un licenciement immédiat si aucune suite n'y est donnée : c'est faux ! Le fait de ne pas donner suite à la convocation n'est PAS sanctionné par la loi réintégration (pour le moment). En outre, il se peut qu'une personne ne puisse pas répondre à la convocation du médecin du travail pour des raisons médicales, parce qu'elle ne peut pas se déplacer. Il est **théoriquement** possible que le refus **systématique** du travailleur de collaborer à l'examen (lorsqu'il refuse sans raison valable de se rendre à l'examen médical) offre une base suffisante pour justifier des sanctions, mais il n'y a aucun cas pareil jusqu'à présent.
- Nous conseillons aux médecins traitants de fournir à l'employé un certificat attestant qu'il ne peut pas accepter l'invitation pour des raisons médicales (voir le [courrier type 2](#)). C'est l'option la plus sûre pour l'employé qui n'accepte pas « l'invitation ».
- Si l'employé n'a pas de certificat indiquant qu'il ne peut pas accepter l'invitation pour des raisons médicales, il y a deux options:
  - ou l'employé accepte l'invitation (voir le scénario 4). Dans ce cas, l'assistance d'un représentant syndical est absolument recommandée (ou l'assistance du secrétaire syndical ou d'un membre du service juridique),
  - ou l'employé ne répond pas à l'invitation
- Si le travailleur ne se présente pas chez le médecin du travail, la procédure de réintégration ne peut pas démarrer. Le médecin du travail ne peut pas prendre contact avec le médecin traitant pour échanger des informations médicales sans l'autorisation du travailleur. Le travailleur n'est pas obligé de fournir au médecin du travail des informations relatives à son diagnostic médical. Le médecin traitant ne peut pas non plus fournir ces informations de sa propre initiative sans l'accord du patient.
- Le médecin du travail ne dispose donc pas des informations médicales selon lesquelles le travailleur est définitivement inapte et ne peut donc pas clôturer la procédure de réintégration. La condition indispensable pour pouvoir invoquer une force majeure médicale n'est dès lors pas remplie.
- Le travailleur peut envoyer le [courrier type 2](#) au médecin du travail qui l'a convoqué, à l'adresse du service externe de prévention concerné ou du service interne de prévention avec la mention « CONFIDENTIEL » sur l'enveloppe. Le travailleur malade peut éventuellement montrer sa bonne volonté et déclarer qu'il prendra contact lui-même pour une « visite de pré-reprise du travail ».
- Conseillez éventuellement au travailleur de prendre contact avec le centre de services du syndicat pour obtenir un avis
- En cas d'incapacité de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'employeur ne peut pas démarrer une procédure de réintégration.

### SCÉNARIO 3 : La MUTUALITÉ décide que le médecin du travail doit examiner la possibilité d'une réintégration.

**CONTEXTE** : Au plus tard 2 mois après la déclaration d'incapacité de travail, le médecin-conseil de la mutualité examine si on démarre un trajet de réintégration. Dans ce cas, le travailleur est renvoyé vers le médecin du travail.

#### QUE POUVEZ-VOUS FAIRE ?

- Étant donné que c'est le médecin du travail qui vous convoque en définitive : idem que dans le scénario 2.
- Le médecin-conseil de la mutualité décide de votre droit à des allocations de maladie sur la base de votre dossier médical et de votre état de santé, que vous soyez ou non en incapacité de travail. Le fait que vous travailliez déjà ou non avec un médecin du travail, que vous lui ayez fourni ou non certains documents, que vous ayez répondu présent ou non à une convocation demandée par votre employeur n'a aucune importance.

### SCÉNARIO 4 : Le patient souhaite tout de même donner suite à la convocation du médecin du travail en vue d'un « trajet de réintégration »

**CONTEXTE** : Si le patient donne suite à la convocation du médecin du travail, cela marque le début formel d'un trajet de réintégration. Il ressort des chiffres des services externes de prévention et de protection au travail que plus de 70 % des trajets de réintégration entamés conduisent à un licenciement pour force majeure médicale.

#### QUE DOIS-JE METTRE SUR PAPIER EN TANT QUE MÉDECIN TRAITANT ?

Des travailleurs ne peuvent être licenciés pour force majeure médicale que 1) s'ils sont DÉFINITIVEMENT inaptes à exercer leur fonction actuelle et 2) si aucun travail adapté n'est disponible chez cet employeur. C'est pourquoi il est important que le médecin traitant 1) **déclare explicitement sur papier qu'il s'agit d'une incapacité TEMPORAIRE** à exercer la fonction actuelle et 2) **quel travail adapté** le travailleur peut effectuer en attendant. Si vous pensez que le patient ne peut pas encore effectuer un travail adapté, il est important de signaler que, **pour des raisons médicales, il n'est pas encore opportun** de démarrer un trajet de réintégration. Le médecin du travail peut alors reporter le démarrage d'un trajet de réintégration.

1) Temporaire ou Définitif : d'un point de vue médical, la plupart des travailleurs malades de longue durée sont « temporairement » inaptes à exercer leur fonction actuelle et sont encore en plein processus de guérison au moment de la convocation pour un trajet de réintégration. Le burnout est par exemple une maladie limitée dans le temps, pour laquelle seule une « incapacité temporaire » est justifiable. **Un travailleur « temporairement » inapte ne peut jamais être licencié pour force majeure médicale ! (voir le courrier type 3)**

S'il s'agit tout de même d'une incapacité définitive claire et si vous souhaitez mettre cela sur papier, il est important d'évoquer le risque d'un licenciement. Une stratégie à adopter afin de protéger davantage le travailleur consiste à faire reconnaître sa maladie comme un « handicap professionnel » par le VDAB [<http://www.vdab.be/arbeidshandicap/>]. La législation anti-discrimination dispose que les employeurs sont tenus de prévoir des « aménagements raisonnables » en faveur des personnes souffrant d'un handicap. Si l'employeur ne le fait pas et procède immédiatement à un licenciement pour force majeure médicale, cela peut être considéré comme une discrimination. En d'autres termes, un « handicap professionnel » reconnu peut encourager l'employeur à « faire plutôt de son mieux » pour chercher un travail adapté. De plus, l'employeur peut recevoir une indemnité financière s'il aménage un poste de travail pour des travailleurs souffrant d'un handicap

professionnel permanent. Le centre de services du syndicat peut prodiguer quelques conseils à ce propos.

## 2) Quel travail adapté puis-je proposer ?

Souvent, on annonce aux travailleurs qu'il n'existe « pas de travail adapté » au sein de leur entreprise. Il s'agit généralement d'un raccourci assez facile, car la notion de « travail adapté » peut justement être très large. Il est donc improbable qu'il n'y ait « pas la moindre possibilité » (surtout dans les entreprises relativement grandes). L'employeur doit prévoir des « aménagements raisonnables », mais la signification précise de ce terme n'est décrite nulle part.

Les aménagements au travail peuvent porter sur les aspects suivants :

- Adaptation des temps de travail
  - Travail à temps partiel : moins d'heures par jour ou moins de jours par semaine (**reprise progressive du travail**)
  - Adaptation de la durée et du nombre de pauses
  - Répartir le même nombre d'heures sur d'autres jours, d'autres moments dans la journée
- Adaptation des tâches et de l'organisation du travail
  - Moins de tâches, nouvelles tâches, plus ou peut-être moins d'échanges de tâches
  - Rythme de travail moins élevé
  - Adaptation de la composition de l'équipe
  - Possibilité de faire du télétravail ou de travailler à domicile (par ex. pour les collaborateurs administratifs)
- Adaptation du poste de travail aux besoins individuels du travailleur
  - Aménagement différent du lieu de travail
  - Adaptation du bureau, de la chaise de bureau, des appareils, chariot de soins,...
  - Prévoir des accessoires
- Accompagnement et guidage
  - Concertations régulières avec un coach/supérieur hiérarchique
  - Aide de la part des collègues

Il est important que le médecin du travail connaisse le poste de travail et les conditions de travail du travailleur. Une visite sur place et un examen du poste de travail sont donc nécessaires. Si le travailleur doute que cela ait été fait, il est important qu'il prenne contact avec un représentant des travailleurs pour étudier la question.

3) Lorsque vous estimez, en tant que médecin traitant, qu'un travail adapté n'est pas encore possible, signalez dans votre courrier au médecin du travail **qu'il n'est pas encore opportun, pour des raisons médicales, de démarrer un trajet de réintégration.**

## **SCÉNARIO 5 : L'employeur ne veut pas proposer de travail adapté**

**CONTEXTE :** Selon la nouvelle loi sur la réintégration, l'employeur doit motiver son incapacité à proposer un travail adapté. Toutefois, aucune sanction n'est (encore) prévue pour le moment pour les employeurs qui ne collaborent pas à la réintégration de travailleurs.

### **QUE POUVEZ-VOUS FAIRE ?**

\* Le médecin du travail est un allier potentiel. Essayez de prendre contact avec lui/elle pour discuter des possibilités. Il est important que le médecin du travail connaisse le poste de travail et les conditions de travail du travailleur. Une visite sur place et un examen du poste de travail sont donc nécessaires. Les médecins du travail sont souvent mis sous pression ou ne disposent pas du temps

nécessaire pour le faire. Essayez de faire en sorte que cette visite ait lieu, car le travailleur y a droit avant que l'on décrète qu'il n'existe « pas de travail adapté ».

\* Si cela ne fonctionne pas, il est préférable pour le travailleur de prendre contact avec un représentant syndical pour étudier la question. Celui-ci pourra en discuter avec le médecin du travail, au CPPT ou avec le secrétaire syndical (voir aussi le [scénario 6](#)).

## **SCÉNARIO 6 : Vous suspectez une déclaration abusive d'« incapacité définitive » et/ou un licenciement abusif du travailleur pour force majeure médicale**

### **CONTEXTE :**

Un licenciement pour force majeure médicale se déroule en 2 étapes :

Étape 1) Le médecin du travail constate qu'un travailleur est définitivement inapte à exécuter le travail convenu. Il doit alors d'une part déclarer ce que le travailleur peut encore faire et d'autre part examiner le poste de travail du travailleur (s'il ne l'a pas encore fait) afin de voir quelles sont les possibilités d'aménagements. En concertation par exemple avec un ergonomiste ou un psychologue, le médecin du travail soumet alors une proposition de travail adapté à l'employeur.

Étape 2) L'employeur regarde s'il peut/veut proposer le travail adapté sur la base de la proposition du médecin du travail. S'il ne veut/peut pas proposer de travail adapté, il procède à un licenciement pour force majeure médicale. Un licenciement pour force majeure médicale signifie que le travailleur est licencié du jour au lendemain, sans indemnité de préavis.

**ATTENTION :** L'étape 1 (décision du médecin du travail) et l'étape 2 (décision de l'employeur) sont en principe indépendantes l'une de l'autre. Toutefois, le médecin du travail peut déjà déclarer lors de l'étape 1 que le travailleur n'est pas en mesure d'exécuter son travail actuel, **ni un travail adapté ou autre**, chez cet employeur. Dans la plupart des cas, cette façon de travailler n'est pas justifiable ! La décision concernant la disponibilité d'un travail adapté ne revient pas au médecin du travail, mais à l'employeur.

### **QUE POUVEZ-VOUS FAIRE ?**

- Conseillez au travailleur d'en discuter avec ses collègues, avec le délégué syndical et/ou avec le centre de services du syndicat.
- Vérifiez si les conditions pour une « incapacité définitive » ont bien été respectées. Des travailleurs ne peuvent être licenciés pour force majeure médicale que 1) s'ils sont **DÉFINITIVEMENT** inaptes à exécuter leur fonction actuelle et 2) si **aucun travail adapté n'est disponible** chez cet employeur (dans toute l'entreprise). D'un point de vue médical, la plupart des travailleurs malades de longue durée sont « temporairement » inaptes à exercer leur fonction actuelle et sont encore en plein processus de guérison au moment de la convocation pour un trajet de réintégration. Le burnout est par exemple une maladie limitée dans le temps, pour laquelle seule une « incapacité temporaire » est justifiable. **Un travailleur « temporairement » inapte ne peut jamais être licencié pour force majeure médicale !** (Il ressort toutefois des chiffres des services externes que 4 licenciements sur 10 pour force majeure médicale sont dus à des « troubles mentaux ». Il doit donc être question, comme pour l'accident du travail, d'une « consolidation » (si la maladie/l'affection/l'état est de nature à évoluer, il n'est pas encore possible de se prononcer sur son caractère définitif).
- Le médecin du travail doit avoir formulé une proposition de travail adapté et doit s'être concerté avec le médecin traitant (à condition que le travailleur y ait consenti). Le travailleur a le droit de consulter les rapports, établis par le médecin du travail, de la concertation réalisée dans le cadre du travail adapté.
- Il est important que le médecin du travail connaisse le poste de travail et les conditions de travail du travailleur. Une visite sur place et un examen du poste de travail sont donc nécessaires. Les

médecins du travail sont souvent mis sous pression ou ne disposent pas du temps nécessaire pour le faire. Essayez de faire en sorte que cette visite ait lieu, car le travailleur y a droit avant que l'on décrète qu'il n'existe « pas de travail adapté ».

- L'employeur doit rédiger ses motifs s'il n'a pas élaboré de plan de réintégration pour le travailleur déclaré définitivement inapte par le médecin du travail. Il ne peut pas se contenter d'écrire qu'il n'existe « pas de travail adapté » dans l'entreprise. Conseillez au travailleur de demander cette motivation. En effet, cela peut s'avérer important si l'on souhaite aller en appel de cette décision de l'employeur.
- Après l'étape 1, le travailleur peut **faire appel auprès du Contrôle du Bien-être au Travail (inspection du travail) d'une décision d'« incapacité définitive » prise par le médecin du travail (gratuit)**
  - Cela doit être fait **dans les 7 jours ouvrables** après réception par le travailleur du formulaire annonçant cette décision. Le travailleur/syndicat doit pour cela adresser un courrier recommandé (voir le courrier type 4) au médecin-inspecteur régional du Contrôle du Bien-être au Travail (les adresses se trouvent au verso du formulaire de réintégration que le travailleur reçoit du médecin du travail). L'inspecteur compétent dépend du lieu de l'occupation et non du siège social ou du domicile.
  - Étant donné qu'un délai de 7 jours est très limité, nous conseillons, en cas de manque de temps, de fournir l'argumentation de l'appel ultérieurement.
  - Une déclaration du médecin traitant peut être jointe à ce courrier adressé au médecin-inspecteur. Ce n'est pas obligatoire, mais cela peut aider. Une telle déclaration peut également être transmise ultérieurement.
  - Le travailleur doit également signaler à l'employeur qu'il conteste la décision.
  - Le médecin-inspecteur convoque le médecin du travail et le médecin traitant en vue d'une concertation et leur demande d'apporter les documents pertinents relatifs à l'état de santé du travailleur. Les trois médecins prennent alors une décision à la majorité des voix. Si l'un des médecins concernés n'est pas présent lors de cette concertation ou si aucun accord n'est trouvé, le médecin-inspecteur prend lui-même la décision. Si la décision du médecin du travail n'est pas confirmée, celui-ci réexamine l'évaluation de réintégration et doit prendre une nouvelle décision.
- Si l'employeur (dans l'étape 2) procède au licenciement sur la base du certificat du médecin du travail, le travailleur peut encore interjeter appel devant le tribunal du travail. Pour ce faire, il est bien sûr préférable de se concerter avec le service juridique du syndicat et/ou Unia (tél. 0800/12 800 ; [info@unia.be](mailto:info@unia.be)). Cet appel peut être interjeté sur la base de la loi anti-discrimination qui interdit toute discrimination basée sur un « handicap » et qui dispose que le refus de prévoir des « aménagements raisonnables » en faveur des personnes souffrant d'un handicap est discriminatoire. Presque chaque maladie de longue durée empêchant la personne d'exercer sa fonction peut être considérée comme un handicap professionnel. Lorsqu'il est question d'une discrimination basée sur un handicap ou un état de santé, le travailleur peut avoir droit à 6 mois de salaire (on trouve, dans la jurisprudence, plusieurs affaires connues dans lesquelles un employeur a été condamné pour avoir refusé de prévoir un travail adapté).

### **SCÉNARIO 7 : Le service du personnel invite le travailleur à demander à son médecin traitant de déclarer qu'il est « définitivement inapte »**

**CONTEXTE :** Dans plusieurs entreprises, les travailleurs malades de longue durée sont priés par le service du personnel de demander à leur médecin traitant de déclarer qu'ils sont « définitivement inaptes » pour le travail convenu. Cette initiative a généralement pour but de licencier le travailleur pour force majeure médicale. Souvent, les travailleurs ne connaissent pas bien leurs droits en matière de réintégration et les conséquences d'un tel certificat.

#### **ATTENTION :**

- Pour un médecin généraliste, il est important de ne pas délivrer ce genre de certificat sans que le patient soit informé des conséquences possibles.
- **Ne remettez jamais un certificat directement à l'employeur ou au service du personnel !** Si l'employeur veut démarrer un trajet de réintégration, il doit passer par le médecin de travail. C'est ensuite le médecin du travail qui doit vous convoquer pour une procédure de réintégration et non l'employeur. Tous les certificats relatifs à des demandes de travail adapté ou à une incapacité de travail temporaire/définitive doivent être adressés au médecin du travail. L'employeur n'a pas le droit de consulter votre dossier médical. Il a uniquement le droit de connaître la déclaration du médecin du travail quant à l'incapacité ou non.

### **SCÉNARIO 8 : Le travailleur veut lui-même être licencié pour force majeure médicale**

**CONTEXTE :** Dans certains cas, un licenciement pour force majeure médicale peut constituer une échappatoire pour les travailleurs et leur médecin traitant, lorsqu'ils ne voient pas d'autre option. Un licenciement pour force majeure médicale signifie que le travailleur est licencié du jour au lendemain, sans indemnité de préavis ni délai de préavis. Le travailleur pourrait y l'avantage suivant : un licenciement lui donnera droit, par la suite, à des allocations de chômage, contrairement à une démission.

#### **QUE POUVEZ-VOUS FAIRE ?**

- Informez le patient des conséquences d'un licenciement pour force majeure médicale. Conseillez-lui certainement de prendre contact avec le centre de services du syndicat pour plus d'informations.
- Si le patient accepte ces conséquences, un certificat d'« incapacité définitive » établi par le médecin traitant conduit rapidement à un licenciement pour force majeure médicale.