

COMMENT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FONT-ILS FACE À LA CHARGE DE TRAVAIL ?

Étude qualitative menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes francophones travaillant en Wallonie et à Bruxelles



TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES
DR. DAUDRÉ-VIGNIER VICTORIA

Master de spécialisation en médecine générale

Année 2022-2023

Promotrice : Dr. Aurore Girard



Remerciements

Merci ...

À Jasper pour son soutien infaillible, sa bienveillance, sa bonne humeur et son amour.

À mes maîtres de stage Hanne, Eric ainsi qu'à Roos-Lien pour leurs encouragements pour mener à bien ce travail, leur soutien tout au long de l'année et leur accueil dans la maison médicale.

À mes collègues de travail pour leur soutien et leur bonne humeur.

À ma mère, pour son aide pendant toutes ces années et ses corrections de mes travaux, ainsi qu'à mes sœurs Clara et Charlotte, d'avoir toujours été à mes côtés.

À Jean-Baptiste, comme ami et camarade dans ces longues années d'études.

À ma promotrice Dr. Aurore Girard pour ses conseils précieux sur la réalisation de ce travail de fin d'études (TFE).

Et finalement aux participants de ce TFE, pour le temps qu'ils m'ont consacré et sans qui ce travail n'aurait pas pu être mené.

Résumé

Introduction : La médecine générale en Wallonie et à Bruxelles est confrontée à des défis majeurs en termes de charge de travail pour les médecins généralistes. En effet, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, combinés à une répartition inégale des médecins sur le territoire, ont créé un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins de santé. Cette situation a des conséquences négatives sur les médecins, les patients et la société dans son ensemble. Dans ce contexte, il est crucial de comprendre comment les médecins généralistes font face à cette charge de travail et les stratégies qu'ils mettent en place et quelles sont leurs perspectives.

Méthode : L'étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été choisie pour répondre à la question de recherche. Nous avons appliqué un échantillon en variation maximale avec comme critère d'inclusion être médecin généraliste francophone travaillant en Wallonie ou Bruxelles. Les résultats ont été analysés par théorisation ancrée.

Résultats : L'étude menée a impliqué la participation de neuf médecins généralistes, dont les témoignages ont permis de dégager cinq grands thèmes : le ressenti de la charge de travail, les stratégies au niveau des patients, les stratégies au niveau des médecins, les stratégies au niveau de l'organisation et les stratégies au niveau du système. Bien que certains des médecins n'exerçaient pas en zone de pénurie médicale, tous ont exprimé leur perception d'une charge de travail importante. Les résultats de l'étude ont souligné l'importance de l'éducation des patients sur l'utilisation du système de soins de santé, le travail en équipe monodisciplinaire et/ou pluridisciplinaire avec l'aide de personnel médical et non médical, ainsi que la nécessité d'augmenter le nombre de médecins généralistes pour répondre à la demande croissante en matière de soins de santé.

Conclusion : Cette étude qualitative met en évidence la capacité de résilience des médecins généralistes face à la charge de travail importante à laquelle ils sont confrontés, ainsi que leur proactivité dans la recherche de stratégies pour y faire face. Il serait souhaitable que des recherches ultérieures soient menées pour évaluer l'efficacité de ces stratégies et leur pertinence pour améliorer les conditions de travail des médecins généralistes.

Mots clés : médecin généraliste ; charge de travail ; stratégies ; ressenti

Liste des abréviations utilisées

TFE : Travail de Fin d'Études

ETP : Équivalents Temps Pleins

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

MM : Maison(s) Médicale(s)

RDV : Rendez-Vous

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

ONE : Office Nationale de l'Enfance

ASI : Associations de Santé Intégrée

DMG : Dossier Médical Global

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	<i>État des lieux de la charge de travail en médecine générale en Belgique</i>	<i>1</i>
1.1.1	La population de médecins généralistes	1
1.1.2	Changement démographique de la population Belge	1
1.1.3	La charge de travail des médecins généralistes	2
1.2	<i>Impact de la charge de travail</i>	<i>3</i>
1.2.1	Sur les médecins généralistes	3
1.2.2	Sur les patients	3
1.2.3	Sur la société	4
1.3	<i>Stratégies pour faire face à la charge de travail</i>	<i>4</i>
1.4	<i>Perspectives de la médecine générale en Belgique</i>	<i>5</i>
1.5	<i>Objectif du travail</i>	<i>6</i>
2	Méthodologie	7
2.1	<i>La question de recherche</i>	<i>7</i>
2.2	<i>Recherche bibliographique</i>	<i>7</i>
2.3	<i>Méthode d'investigation</i>	<i>7</i>
2.3.1	Méthode choisie	7
2.3.2	Mode de recrutement	8
2.3.3	Comité éthique	8
2.3.4	Recueil de données	8
2.3.5	Analyse des données	9
3	Résultats	10
3.1	<i>Description des participants et structure de l'étude</i>	<i>10</i>
3.2	<i>Le ressenti de la charge de travail</i>	<i>13</i>
3.2.1	Ressenti des médecins généralistes	13

3.2.2	Équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle	13
3.2.3	Surmenage	13
3.2.4	Satisfaction professionnelle et qualité des soins	14
3.3	<i>Stratégies au niveau des patients</i>	15
3.3.1	L'éducation du patient	15
3.3.2	Cadrer la consultation	16
3.4	<i>Stratégies au niveau du praticien</i>	16
3.4.1	Dépasser les heures de travail	16
3.4.2	Diminuer le travail administratif	17
3.4.3	Réduire le temps de consultation	17
3.4.4	Économiser du temps sur la prévention	17
3.4.5	Consultations uniquement sur rendez-vous	18
3.4.6	Réduire le nombre de visites à domicile	18
3.4.7	Téléconsultation	19
3.4.8	Stratégies personnelles	19
3.5	<i>Stratégies au niveau du cabinet</i>	20
3.5.1	Limiter accessibilité - Patient stop	20
3.5.2	Travailler en équipe médicale	20
3.5.3	Partage de dossiers	22
3.5.4	Travailler en pluridisciplinarité et déléguer des tâches	22
3.5.5	Assistants	23
3.5.6	Personnel non-médical	24
3.5.7	Planification	25
3.6	<i>Stratégies envisagées au niveau de l'organisation et du système</i>	25
3.6.1	Élargir le réseau	25
3.6.2	Évolution rôle MG	26
3.6.3	Financement	27

3.6.4	Augmenter le nombre de MG.....	28
4	Discussion.....	30
4.1	<i>Sur la méthodologie</i>	<i>30</i>
4.2	<i>Discussion des résultats</i>	<i>31</i>
4.2.1	Rappels de résultats.....	31
4.2.2	Confrontation à la littérature.....	32
5	Conclusion.....	35
6	Bibliographie	36

1 Introduction

1.1 État des lieux de la charge de travail en médecine générale en Belgique

1.1.1 La population de médecins généralistes

En 2020 en Wallonie, il y avait en moyenne un médecin généraliste (MG) équivalent temps plein (ETP) pour 1073 habitants (1) ; à Bruxelles, en 2017 il était estimé qu'il y avait 1,23 ETP pour 1000 habitants (2). En Belgique, de nombreuses communes ne disposent pas d'un nombre suffisant de MG pour répondre aux besoins de la population en matière de soins. Les densités varient d'un MG pour 435 habitants à Tellin à un MG pour 5885 habitants à Lontzen, et dans 16% des communes Wallonnes, il y a plus de 1500 habitants par médecin généraliste (1). La densité de MG est plus faible dans les zones rurales, où elle est estimée à 6,9 pour 10.000 habitants, tandis qu'elle est entre 8,2 et 9,9 dans les zones urbaines en 2016 (3), ce qui peut entraîner une inégalité d'accès aux soins de santé pour les patients vivant dans ces régions. En conclusion, bien que la densité de médecins généralistes en Belgique, en particulier en Wallonie et à Bruxelles, soit satisfaisante, la répartition des cabinets est inégale sur le territoire.

En 2016, l'âge moyen des MG belges en activité était de 53 ans, ce qui est parmi les plus élevés d'Europe. Selon la commission de planification, pour compenser les départs à la retraite, le nombre de nouveaux MG devrait être de 40% annuellement, mais en 2019, il n'atteint que 27% (2). En outre, le ministre de la santé belge a souligné que la nouvelle génération de MG recherche un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, et a déduit qu'il faudra environ un médecin et demi pour remplacer un médecin qui prend sa pension (4).

Ces indicateurs sur les forces de travail actuellement disponibles des soins primaires et la façon d'envisager leur métier par les jeunes MG, remettent en question les capacités de la Belgique à faire face aux changements démographiques et à la demande de soins (2).

1.1.2 Changement démographique de la population Belge

Le changement démographique de la population belge est un facteur important qui contribue à l'augmentation de la charge de travail des MG. Le nombre de personnes âgées augmente

tant en nombre absolu qu'en pourcentage de la population totale. En Wallonie, la proportion de la population âgée de 65 ans et plus devrait augmenter de manière significative, passant de 19,3 % en 2022 à 27,6 % en 2071. Dans cette tranche d'âge, la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus augmentera également, passant de 5,1 % en 2022 à 11,5 % en 2071 (5).

En 2020, près de 19% de la population belge était considérée comme étant exposée au risque de pauvreté (6) ce qui augmente la multimorbidité d'une population et donc mène à des besoins plus importants (7).

Dans ce cadre, on constate en Belgique une augmentation des maladies chroniques puisque selon une enquête de santé menée en 2018, 29,3% des personnes âgées de 15 ans et plus déclarent souffrir d'une maladie chronique, ce qui augmente avec l'âge avec une prévalence plus élevée chez les femmes, les personnes peu instruites et habitant en région wallonne. De plus, le taux de personnes atteintes de multimorbidités dans la population générale est passé de 8,9% en 1997 à 15,2% en 2018 (8).

Entre 2013 et 2018, les personnes âgées de 15 ans ou plus déclarant souffrir d'une dépression ou d'anxiété est passé de 26,5% à 31,5% (8) ce qui entraîne d'avantage de demandes de consultations psychologiques au près des MG, puisqu'elle est passée entre 2012 et 2022 de 52% à 61 % (9).

1.1.3 La charge de travail des médecins généralistes

Tous les facteurs décrits ci-dessus produisent un déséquilibre entre l'offre médicale de la première ligne et la demande de soins de la population. 75% des médecins généralistes décrivent leur charge de travail comme importante voire très importante et s'attendent à la voir augmenter dans les cinq prochaines années. La moitié des médecins généralistes belges travaillent entre 50 et 64 heures semaines, 17% d'entre eux travaillent au-delà de 64 heures. Parmi ces heures de travail, 73% du temps est consacré aux interactions avec le patient (10).

La majorité des médecins s'accordent pour dire que le contenu de travail a changé depuis le début de la pandémie Covid-19 : il y a davantage de demandes de consultations, plus de téléconsultations, plus de questions liées à des formalités administratives et plus de demandes de soins concomitantes (10). En 2020, l'Agence InterMutualiste calcule qu'un patient en

Belgique consultait son médecin généraliste 5,1 fois par an en moyenne, (comparativement à 4,7 fois en 2019) (11).

1.2 Impact de la charge de travail

1.2.1 Sur les médecins généralistes

La charge de travail des MG a des effets directs sur non seulement sur leur satisfaction liée au travail, mais aussi sur leur santé mentale (12).

Selon les MG, le manque de temps passé avec le patient compromet les soins centrés sur celui-ci et la continuité de ces soins, mais influence aussi leur autonomie et leurs valeurs professionnelles, ce qui entraîne une diminution de la satisfaction au travail (13).

Selon la Fédération des Maisons Médicales, en 2005, il était estimé que 10% des MG étaient en burnout, avec comme premier facteur la quantité de travail comprenant la charge de travail, la gestion des incertitudes, la diversité des activités, les tâches administratives et les gardes. Les propositions pour limiter le burnout chez les MG étaient entre autres, de promouvoir le travail collectif, intervenir sur la démographie médicale, faciliter le travail administratif, mieux contrôler la charge psycho-sociale dans la relation médecin-patient et une proposition formulée comme hypothèse : de fonctionnariser la profession (14). Les principaux facteurs de protection connus contre le burnout sont la cohésion sociale et le travail en groupe avec un soutien administratif (15).

Il est important de noter que le départ des MG avant la retraite, est un problème majeur dans la profession. Une étude a montré que 21,5 % des diplômés en médecine générale ayant terminé leur formation dans les universités francophones belges entre 1999 et 2013 n'exerçaient pas comme médecins généralistes en 2015, partiellement en raison de ce qui est expliqué ci-dessus (16).

1.2.2 Sur les patients

Il est décrit, dans la littérature, que le stress dû au travail est directement lié à une diminution de la disponibilité du médecin pour son patient, et donc une diminution de la qualité des soins (17) du temps de consultation (ce qui peut être particulièrement problématique pour les

patients présentant des problèmes de santé complexes), un examen physique moins approfondi, moins de conseils sur le mode de vie et de prévention (18). Par ailleurs, l'accessibilité aux généralistes n'est pas si simple pour les patients. En effet, près d'un cinquième des médecins généralistes n'acceptent plus de nouveaux patients et parmi ceux qui acceptent, 58% déclarent que les patients doivent réunir des conditions spécifiques et seuls 25% acceptent sans conditions (10).

Une autre étude a montré que les patients ont plus tendance à changer de MG si ces derniers sont en détresse professionnelle (burnout ou faible satisfaction au travail) (19).

1.2.3 Sur la société

Des soins de santé primaires solides sont essentiels pour garantir une distribution plus équitable au sein d'une population. Ils offrent des avantages tels qu'un accès amélioré aux services nécessaires, une meilleure qualité de soins, une attention accrue à la prévention, une prise en charge précoce des problèmes de santé, les soins sur la personne plutôt que sur la gestion de maladies particulières ainsi qu'un rôle important dans la réduction des soins spécialisés inutiles et potentiellement dangereux (20).

Il a été démontré que la fréquence de recours aux hospitalisations pour des pathologies qui pourraient être prises en charge en ambulatoire a tendance à augmenter, lors de la diminution du bien-être mental et de la satisfaction liée au travail des MG (21). Cela peut avoir des conséquences sur les patients mais également sur les coûts des soins de santé.

1.3 Stratégies pour faire face à la charge de travail

La résilience individuelle est un facteur important pour affronter la charge de travail (22), cependant dans la littérature, d'autres mesures structurelles aux niveaux de l'organisation et de la société sont décrites pour y faire face.

L'éducation du patient à l'usage du système des soins de santé mais également à son autogestion lors de pathologies mineures est l'une des stratégies pour faire face à la charge de travail (23).

La délégation de tâches à du personnel médical comme les infirmières de pratique permet de diminuer la quantité de travail (23) ; cependant en Belgique les freins à la délégation sont l'éducation initiale et continue monodisciplinaire, la prédominance des pratiques monodisciplinaires et le manque de temps, d'espace et de financement pour organiser des échanges de dialogue entre collègues (3).

D'autre part, la présence de personnel non médical dans les structures de soins, les secrétaires par exemple permet de soulager plusieurs tâches comme la prise de rendez-vous, le triage téléphonique ou le fardeau administratif. Ce personnel peut parfois être formé de manière informelle (23).

Le recrutement de plus de MG est également signalé comme indispensable pour faire face au volume de travail (2,23).

Une autre mesure identifiée, qui pourrait être mise en place, serait la réduction des tâches administratives, d'une part en exigeant moins auprès des médecins généralistes et d'autre part en rendant à la seconde ligne l'administratif qui lui appartient.

1.4 Perspectives de la médecine générale en Belgique

En Belgique, les patients peuvent choisir leur médecin généraliste, en fonction de leur lieu de résidence et sont libres de changer de médecin à tout moment. Les médecins généralistes travaillent en pratique individuelle ou en groupe, et ils sont rémunérés à l'acte. Il existe également des maisons médicales (MM), qui sont des centres de soins de santé primaires gérés par des équipes pluridisciplinaires composées de MG, d'infirmiers, de psychologues, de travailleurs sociaux et d'autres métiers financés par un système de forfait.

Récemment, le ministre de la santé a présenté cinq piliers afin de soutenir le (cabinet du) médecin généraliste qui sont les suivants :

- « 1) Veiller à un nombre suffisant et à une bonne répartition des (cabinets de) médecins généralistes.
- 2) Réduire les formalités administratives inutiles.
- 3) Améliorer l'accessibilité pour les patients.

4) Investir dans un bon modèle organisationnel qui permet au (cabinet de) médecin généraliste de prendre en charge davantage de personnes. Une organisation avec délégation de tâches et soutien par des collaborateurs administratifs, des assistants de pratiques ou d'autres prestataires de soins comme les infirmières formées pour la médecine générale, les psychologues ; y compris pour les soins non planifiables en dehors des heures de travail classiques.

5) Élaborer un modèle de financement équilibré permettant de mieux prendre en compte la disponibilité, la coopération intradisciplinaire et interdisciplinaire, la continuité des soins, la qualité, la prévention et l'autonomisation. » (4)

Il est important de noter que la réduction de la charge de travail en médecine générale est une question complexe, et qu'une combinaison de stratégies multiples est nécessaire pour parvenir à une solution durable et satisfaisante.

1.5 Objectif du travail

Dans le contexte décrit ci-dessus, nous avons effectué des recherches pour voir concrètement comment les médecins généralistes font face de manière individuelle à la charge de travail en Belgique, mais à ce jour nous n'avons pas trouvé d'étude. Cette étude qualitative permet d'avoir le ressenti des MG belges francophones face à la charge de travail et d'explorer quelles stratégies sont mises en place au niveau local et lesquelles ils suggèrent.

2 Méthodologie

2.1 La question de recherche

La question de recherche est « comment les MG belges francophones, en région bruxelloise et Wallonne, font face à la charge de travail ? ».

2.2 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique pour ce TFE a été réalisée entre le 11 novembre 2022 et le 19 janvier 2023. Elle s'était intéressée à la charge de travail en médecine générale, depuis l'origine de cette charge de travail et jusqu'aux conséquences et solutions de celle-ci. Les ressources utilisées avaient principalement été Pub Med pour les données scientifiques, des recherches dans Cochrane et TripDataBase ; Google Scholar pour trouver des données spécifiquement sur la Belgique et le KCE ; des articles de revues de médecine générale disponibles en ligne en français ; et pour finir des sites internet avec les propositions de lois actuelles du ministre de la santé.

La recherche bibliographique systématique s'était limitée à la littérature anglaise et française des dix dernières années dans un souci de bien décrire la situation de médecine de première ligne telle qu'elle était à ce moment. Les « Medical subjects headings » (MeSH) ont été élaborés via la recherche de descripteurs sur le site <https://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/index.htm>. Les descripteurs et leurs Mesh sont disponibles en annexe. Les articles les plus pertinents ont été sélectionnés sur base de leurs titres et de leurs abstracts.

2.3 Méthode d'investigation

2.3.1 Méthode choisie

La méthode qualitative par entretien semi-structuré, avec un guide de questions ouvertes, a été élaboré et utilisée pour les entretiens. Celle-ci a été choisie pour permettre aux participants

de donner leurs ressentis et de décrire les stratégies diverses mises en place ou envisagées, ainsi que d'aborder spontanément d'autres thèmes qui leur paraissaient importants.

2.3.2 Mode de recrutement

Pour être inclus, les participants devaient (1) être médecin généraliste ou assistant en médecine générale, (2) être francophones, et (3) travailler en Wallonie ou à Bruxelles. Le seul critère d'exclusion était de ne pas parler le français pour éviter les biais de mauvaise compréhension.

L'échantillon en variation maximale avait été sélectionné permettant d'avoir un large éventail d'expériences et une vue plus globale du sujet traité. Nous avons essayé d'obtenir la plus grande diversité des MG possible en termes d'âge, d'années d'expérience, de lieu de travail, (s'ils se situaient en zone de pénurie d'offre médicale ou pas), et de structure du cabinet de consultation. Nous visions un échantillon de dix personnes.

Les MG avaient été contactés par courriel ou par téléphone pour la présentation de l'étude et pour la prise de rendez-vous. Les entretiens s'étaient déroulés selon les préférences des participants, soit en présentiel dans le lieu de leur choix, enregistrés via un dictaphone, soit par vidéoconférence via Teams. L'enquête s'était déroulée du 01/03/2023 au 31/03/2023. Tous les participants avaient reçu des informations détaillées sur l'étude et avaient donné leur consentement éclairé par écrit avant de participer.

2.3.3 Comité éthique

Le groupe d'éthique interuniversitaire pour la Médecine générale avait rendu sa décision concernant la recherche le 25/12/2022 et avait conclu qu'il ne fallait pas d'accord du groupe d'éthique de l'université. La réponse du comité d'éthique est disponible en annexe.

2.3.4 Recueil de données

Les entretiens avaient été introduits avec un rappel de l'objectif de l'étude, des modalités de discussion et menés grâce à un guide d'entretien semi-structuré comprenant neuf questions ouvertes (disponible en annexe). Ces questions ouvertes étaient regroupées sous deux thèmes:

- le ressenti des praticiens face à la charge de travail ;

- les stratégies pour répondre à la charge de travail.

Comme cela avait été rappelé avant l'enregistrement, les entretiens étaient anonymisés, et un formulaire de consentement était signé en début d'interview (en annexe). Les entretiens ont été retranscrits verbatim dans leur intégralité via Happy Scribe, relus et corrigés manuellement, et des notes étaient prises pour le non verbal. Ces retranscriptions ont été numérotées par ordre de rencontre.

Au total neuf médecins généralistes ont été interviewés. La taille de l'échantillon n'a pas permis d'arriver à saturation des données.

2.3.5 Analyse des données

Afin d'analyser les résultats, la méthode de théorisation ancrée a été choisie, dans le but de générer une théorie émergente plutôt que de se baser sur une théorie préexistante. Cette méthode a permis d'explorer un phénomène complexe et émergeant à partir des données recueillies sur le terrain et de découvrir des informations et des perspectives nouvelles et inattendues. C'était une méthode flexible pouvant être adaptée en fonction des données collectées pour répondre aux besoins spécifiques de l'étude.

Les transcrits ont été analysés et codés à l'aide du logiciel Nvivo. Une approche ouverte et inductive a été utilisée pour l'analyse. Tout d'abord, deux chercheurs ont lu le premier entretien et ont ensuite procédé au codage de la transcription de manière indépendante. Les résultats ont été comparés et discutés jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint sur la première série de codes et leur description. Les huit autres entretiens ont donc été codifiés d'après ce consensus. Ensuite, ces codes ont été regroupés en divers thèmes permettant de conceptualiser les données.

3 Résultats

3.1 Description des participants et structure de l'étude

Au total, neuf médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude dont un médecin en formation. Parmi eux quatre médecins travaillaient à Bruxelles, trois dans la Province de Hainaut, un dans la Province de Brabant Wallon et un dans la Province de Namur. L'échantillon comportait six hommes et trois femmes, dont l'âge moyen est de 43 ans (dans une fourchette de 28 ans à 64 ans). Trois médecins travaillaient en maison médicale, deux en pratique pluridisciplinaire, deux en regroupement et deux en pratique solo. Aucun des médecins interrogés ne travaillent ensemble. Trois des neuf médecins généralistes interrogés travaillaient en zone de pénurie (d'après la liste de 2021, corrigée et valable jusqu'au 31/12/2023) (24).

Trois interviews se sont déroulées via Microsoft Teams, les autres se sont déroulées sur le lieu de travail du participant, selon leur choix. Dans les résultats, les médecins généralistes sont cités selon le numéro qui leur a été attribué dans le tableau ci-dessous : MGx. Un exemple d'interview se trouve en annexe.

Tableau 1 : Données sociodémographiques de l'échantillon

	Sexe	Âge	Années de pratique	Type de pratique	Localisation	Nombre de MG dans le cabinet	Autres intervenants	Autres activités	Nombre de DMG
MG1	Homme	25-30	1 – 5	MM (au forfait)	Bruxelles	4 (1 assistant)	Infirmiers, Kiné, Secrétariat, Assistant social	ONE	1650
MG2	Homme	60-65	35 – 40	Pratique Duo (à l'acte)	Bruxelles	1 (1 assistant)	/	Mésothérapie, Acupuncture, maître de stage	?
MG3	Femme	30-35	5 – 10	Pratique Solo (à l'acte)	Brabant Wallon	1	Télésecrétariat	Planning familial	250
MG4	Homme	60-65	35 – 40	MM (au forfait)	Hainaut	5 (2 assistants)	Infirmiers, Psychologue, Gestionnaires administratifs, Coordinateurs, Secrétariat	maître de stage	2500
MG5	Femme	30-35	5 – 10	Centre pluridisciplinaire (à l'acte)	Hainaut (Pénurie)	10 (2 assistants)	Infirmiers, Psychologues, Secrétariat, Kiné, Diététicien, Pédicure, Spécialistes	/	?
MG6	Homme	45-50	15 – 20	MM (au forfait)	Bruxelles	7 (3 assistants)	Kiné, Infirmiers, Coach, Gestionnaires administratifs, Coordinateurs, Secrétariat	Chercheur centre de MG universitaire, maître de stage	2600
MG7	Femme	40-45	10 – 15	Pratique solo (à l'acte)	Namurois (Pénurie)	1	Télésecrétariat	Médecine environnementale	400
MG8	Homme	40-45	15 – 20	Centre pluridisciplinaire (à l'acte)	Hainaut (Pénurie)	10 (2 assistants)	Logopède, Secrétariat, Ostéopathe, Psychologues, Podologue, Diététicienne	SSMG ULB, maître de stage	1800
MG9	Homme	30-35	5 – 10	Regroupement (à l'acte)	Bruxelles	3	Secrétariat	Hôpital psychiatrique	3000

Nous avons organisé les entretiens semi-dirigés sur deux thèmes, à savoir (1) le ressenti des médecins quant à leur charge de travail et la caractérisation de celle-ci et (2) les stratégies actuellement en place, ainsi que les stratégies souhaitées pour mieux gérer cette charge.

Lors des entretiens avec les participants, nous avons pu voir que des stratégies similaires étaient déjà mises en place dans les différents types de structures, tandis que d'autres étaient personnelles à chaque répondant, et que les stratégies souhaitées par les uns pouvaient déjà être mises en place par les autres. D'autres stratégies souhaitées plus systématiques proposées avaient également été évoquées. Par souci de clarté, nous avons choisi de présenter les stratégies organisées, en distinguant les stratégies au niveau du patient, du praticien de l'organisation et du système.

Tableau 2 - Stratégies pour répondre à la charge de travail

Stratégies au niveau du patient	Éducation du patient Cadrer la consultation
Stratégies au niveau du praticien	Dépasser les heures de travail Diminuer le travail administratif Réduire temps de consultation Économiser du temps sur la prévention Consultations sur rendez-vous (RDV) Réduire les visites à domicile Téléconsultations Stratégies personnelles
Stratégie au niveau de l'organisation	Limitier l'accessibilité – patient stop Travailler en équipe médicale Partage de dossiers Travail en pluridisciplinarité Assistants Personnel non-médical Planification
Stratégies envisagées au niveau du système	Élargir le réseau Évolution rôle MG Financement Augmenter le nombre de MG

3.2 Le ressenti de la charge de travail

3.2.1 Ressenti des médecins généralistes

Tous les répondants exprimaient un sentiment de surcharge de travail au sein de leur pratique. La charge de travail était signalée comme excessive pendant la période hivernale, aux mois de décembre-janvier que ce soit dans les structures pluridisciplinaires, ou monodisciplinaire. Sept des neuf participants signalaient que la dernière fois qu'ils s'étaient sentis en surcharge de travail datait d'il y a moins d'une semaine.

« Ce matin, c'était plus calme. Encore que, c'était chargé dans la matinée, donc c'est tout le temps. Tout le temps. C'est tout le temps. Ce n'est plus jamais calme, c'est ça le problème. » MG8

De manière tout à fait subjective, il leur a été demandé où ils pensaient se situer en terme de charge de travail 1 étant la charge minimale et 10 la charge maximale. Cinq participants avaient répondu 8 (MG1, 2, 5, 6, 8), deux avaient répondu 7 (MG4, 7), un avait répondu 5 (MG9) et un avait répondu 3 (MG 3).

3.2.2 Équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle

Trois médecins en pratique monodisciplinaire expliquaient devoir faire des concessions sur leur vie privée.

« J'aimerais bien aussi partir une fois à un resto en semaine plutôt que d'attendre le week-end pour pouvoir le faire. » MG2

3.2.3 Surmenage

Bien qu'aucun des médecins interrogés ne s'était décrit en burnout, ce thème était omniprésent lorsque l'on évoquait la charge de travail. Plusieurs médecins étaient bien conscients qu'ils étaient surmenés et que leurs collègues l'étaient également.

« En fait, mon collègue chez qui je travaille, toutes les trois semaines, il part trois semaines en Espagne, parce que lui, il a été en burnout grave et c'est la solution qu'il a trouvée. (...) Et du coup, moi, toutes les trois semaines, je suis en burnout. » MG7

« (...) J'ai des collègues qui se sont installés en même temps que moi qui [n'ont pas mis leurs limites], il y en a certains en burnout. J'ai bien établi mes limites dès le début (...) ça a vraiment tout changé ; mais je sais que j'y passerai aussi à mon avis (...). » MG3

Un participant évoquait un changement de carrière à cause, entre autres, de la surcharge de travail

« C'est pendant le travail que tu dois te sentir à l'aise. Mais non, depuis des mois (...), je ne suis pas heureuse de venir travailler alors que j'ai fait mon cabinet moi-même (...). Ce n'était pas comme ça au début. Donc là, c'est très intime ce que je dis, mais je cherche autre chose. » MG5

3.2.4 Satisfaction professionnelle et qualité des soins

Les répondants affirmaient que cette surcharge a un impact sur leur satisfaction professionnelle, certains évoquant une perte de sens dans le travail mais aussi l'impression de plus rapidement référer vers la deuxième ligne avec une sensation de prise en charge incomplète.

« Si la charge est très élevée, tu es obligé de traiter la partie urgente de la demande. Et donc on reste avec des choses non faites, et ça ce n'est pas satisfaisant du coup. On a résolu le truc aigu, mais on n'a pas bien fait, ou vite référé parce que qu'on n'a pas eu le temps d'aller jusqu'au bout et ça non, ce n'est pas intéressant. » MG4

Deux répondants exprimaient l'impact négatif de la surcharge de travail sur la qualité des soins qu'ils sont capables d'offrir et la frustration que cela génère.

« Bien sûr. Ça a un très, très gros impact sur la qualité de la médecine. Tu dois toujours te dépêcher. Tu te dépêches pour écouter, tu te dépêches pour examiner le patient, tu te dépêches pour soigner le patient. En même temps, ton téléphone sonne, tu dois donner des résultats. Bref, ton cerveau est en permanence en train de jongler avec plein de trucs (...). Bien sûr qu'il y a un impact sur la qualité des soins. Tu vas peut-être zapper quelque chose. (...) Je pense que ça empêche même les patients de dire la chose principale lors de la consultation. On va certainement à côté des choses. » MG5

Cependant, deux des praticiens évoquaient le contact avec des patients qu'ils appréciaient, ou le fait de savoir qu'ils avaient fait du bon travail comme permettant de mieux s'armer face à la charge de travail. Trois autres expliquaient qu'ils affrontaient celle-ci comme un défi.

« [Je me sens] Fatigué, mais en même temps, il y a toujours bien un patient par jour qui te sauves ta journée. Dans le sens, il y a des jours où tout va mal. Et puis, tu as toujours un moment où tu te dis « Ça va là. Good job. » Tu es content de toi-même » MG8

3.3 Stratégies au niveau des patients

3.3.1 L'éducation du patient

Tous les médecins s'accordaient pour dire que l'éducation du patient à l'utilisation du système de santé était indispensable pour répondre à la charge de travail. Cinq d'entre eux trouvaient que les patients présentaient des exigences croissantes (avec des besoins suscitant des réponses immédiates). Sept des neuf répondants exprimaient une fatigue liée aux exigences de patients.

« Et puis les gens exigent aussi plus. Donc avant, on était un peu notés par les patients sur base de nos efforts, maintenant sur les résultats. Souvent ça ne suffit pas de faire ce que l'on peut. Si le résultat n'est pas bon, on peut être jugé et réinterrogé par rapport aux autres. » MG4

Pour répondre à cela, les MG éduquaient le patient, par exemple en prenant le temps d'expliquer pourquoi ils ne pouvaient pas répondre à la demande de certains examens complémentaires, ou expliquer les degrés d'urgences.

« Et ça, c'est source de beaucoup de confusion chez les patients. Ils disent « Quoi ? Mais son métier, c'est quand même de me faire mon papier. » Mais non, il faut leur réexpliquer en fait qu'est-ce que c'est le métier de médecin généraliste. » MG7

Par ailleurs, les participants travaillant en équipe pluridisciplinaire expliquaient que l'éducation des patients était prise en charge par l'équipe et commençait dès le secrétariat.

3.3.2 Cadrer la consultation

Une stratégie évoquée par la majorité de participants était de cadrer la consultation et de gérer les patients qui venaient avec un agenda multiple en leur expliquant qu'une consultation permettait de résoudre une problématique.

« J'essaie de leur [les patients] expliquer ce qui est urgent, de comprendre bien sûr l'urgence, et de venir me voir plus souvent et pas une fois par an avec 40 plaintes. Moi, je leur explique que c'est 15 minutes par personne et c'est une plainte, voire deux, grand maximum par consultation. (...) L'éducation avant tout. Ça, c'est la première chose que j'ai imposée, ça, c'est la base. J'explique vraiment bien les choses et j'explique bien comment je procède et qu'il faut s'adapter à ça (...) » MG5

3.4 Stratégies au niveau du praticien

3.4.1 Dépasser les heures de travail

Le temps administratif représentait de façon unanime un temps non négligeable de la journée d'un médecin. MG8 et MG3 estimaient que ce temps représentait 7,5 heures de travail sur une semaine. Tous les répondants travaillant dans une MM et MG8 expliquaient avoir du temps dans leur agenda consacré à l'administratif, mais que la charge administrative dépassait ait tout de même ce temps imparti. Par conséquent, parmi les stratégies certains médecins dépassaient les heures de travail instaurées pour répondre à la charge de travail, surtout le travail administratif qui s'effectuait en dehors des heures de consultations.

« Et donc, en fait, ma charge de travail, elle est doublée à cause du fait que je travaille en société et que j'ai une charge administrative énormissime (...). Et donc, ça m'arrive souvent de travailler le soir jusqu'à minuit ou le samedi ou dimanche ou tout le mercredi après-midi. » MG7

« J'ai une heure par jour à peu près consacrée à l'administratif, mais elle est régulièrement mangée par autre chose. Il n'y a jamais assez de place pour l'administratif. Bizarrement, il se rajoute toujours en fin de journée. » MG6

D'autres médecins expliquaient sauter les pauses prévues.

« Je commence à 8h tous les jours et je finis à 18h ça peut traîner jusqu'à 19 s'il y a du monde en sachant je fais une pause de 1h00 en général à midi dans lequel je fais l'administratif » MG3

3.4.2 Diminuer le travail administratif

De manière unanime, les participants expliquaient que le travail administratif était trop important et souhaitaient le voir diminuer de manière systématique. Par travail administratif il était entendu les demandes administratives des patients tel que les remboursements de médicaments, les dossiers à constituer, les certificats ... Plusieurs participants trouvaient que certaines de ces tâches ne leur appartenaient pas et d'autres étaient considérées comme inutiles. Néanmoins ils comprenaient que les patients n'avaient pas accès à d'autres intervenants pour permettre de les aider dans leurs démarches administratives.

« On passe notre vie à faire des papiers inutiles que les patients nous demandent. Je ne sais pas si ça va changer. Ne fussent que les préop' anesthésie. Maintenant, c'est nous qui devons les faire. C'est fou, non ? C'est quand même le rôle de l'anesthésiste à la base. J'en fais chaque semaine. » MG7

3.4.3 Réduire le temps de consultation

Six répondants diminuaient le temps de consultation, soit de façon périodique, (par exemple pendant les périodes hivernales où les demandes étaient plus importantes), en réduisant à 10 minutes le temps de consultation (MG4), soit de façon définitive à 15 minutes de consultations (MG5 et MG7).

« À la base, c'est des consultations d'une demi-heure, parce que je trouvais ça très important d'être hyper à l'écoute. Mais en fait, c'est devenu impossible. Et puis, je commence à bien connaître mes patients, donc je peux gérer les consultations en un quart d'heure. » MG7

3.4.4 Économiser du temps sur la prévention

La prévention était opportuniste chez certains des répondants, mais ils expliquaient avoir difficilement le temps de se consacrer à celle-ci lors des consultations. Plusieurs comptaient sur les patients pour leur rappeler.

« On n'a pas le temps pour les consultations préventives (...) Pour dire « OK, maintenant on a le temps, on va essayer de vous peser et de faire un bilan et un check up général » ou de discuter concernant l'alimentation. Il n'y a pas vraiment de moment pour ça. Si quelqu'un revient pour la discussion des résultats à ce moment, j'en profite pour en parler un petit peu. Mais en général, pour la prise des paramètres et la médecine préventive je n'ai pas tellement de temps. » MG9

Seuls les participants travaillant en maison médicale avaient signalé pouvoir faire de la prévention au sein de l'infrastructure de manière proactive et systématique ou en déléguant les tâches.

« Les kinés ont donc organisé, sans passer par les médecins, pendant tout l'été, des ateliers "check ton dos" où les jeunes de la maison médicale en dessous de 18 ans étaient invités à consulter les kinés, pour un examen clinique de la stature, voir s'ils avaient besoin de kiné, des conseils pour le sport etc.... » MG1

3.4.5 Consultations uniquement sur rendez-vous

Tous les MG expliquaient faire des consultations sur RDV, excepté MG6 qui s'organisait en équipe pour qu'un médecin soit accessible sans RDV. L'une des raisons principales était le besoin d'établir leurs limites par rapport à ce qu'ils se sentaient capables de faire. MG5 expliquait être très à cheval sur ses horaires et de ne pas les dépasser.

« Quand je suis arrivée ici, il y avait des consultations libres. Je leur ai dit qu'ils étaient complètement fous. Moi, je ne peux pas travailler comme ça sans jamais savoir quand j'ai fini. C'était très pénible. Je l'ai fait pendant quelques mois, mais j'ai vite arrêté. Moi, je suis ultra stricte dans mon système de fonctionnement, donc ce n'est que sur rendez-vous. Sauf évidemment, si j'ai une urgence qui arrive en salle d'attente (...). » MG7

3.4.6 Réduire le nombre de visites à domicile

Une autre stratégie qui était évoquée, était de réduire le plus possible les visites à domicile (MG2,3,7,9), parce que certains répondants estimaient que c'est une perte de temps à cause du temps de déplacement. Deux autres participants les limitaient car ils n'aiment pas en faire.

« Je n'ai pas trop de visite à domicile, je pense que deux ou trois par semaine. Je n'aime pas ça, j'essaie d'éviter ça. Et pour moi, ça pèse aussi beaucoup. » MG9

« Mais par contre, je ne fais pas de visite à domicile. Les gens ici sont très habitués aux visites à domicile. Pour n'importe quoi, on allait les voir chez eux, mais c'est une heure de perdue à chaque fois. » MG7

3.4.7 Téléconsultation

Les répondants ont signalé que depuis le Covid-19 les consultations téléphoniques étaient devenues la norme. Certains médecins s'organisaient pour dégager un temps spécialement dédié à ce type de consultations, souvent organisées par le (télé)secrétariat si celui-ci était disponible, car c'était une stratégie pour répondre à la charge de travail et au manque d'accessibilité physique.

« Moi, je fais beaucoup de téléconsults maintenant, depuis cette histoire [Covid-19]. (...) Et je crois que les lois qui viennent d'être votées, permettent de normaliser les téléconsultations mais qu'avec les patients qu'on connaît. Moi, j'en fais énormément. Je rappelle tous les patients qui ne savent pas être vus parce que je n'ai plus de place. Je fais des téléconsultations et franchement, j'en fais bien à mon avis 10, 15 par jour. » MG7

MG2 n'ayant pas de télésecrétariat ni de secrétariat s'estimait au contraire particulièrement lésé par les demandes de téléconsultation, et ne semblait pas être satisfait de la rémunération de ce temps passé au téléphone.

"Mais moi je pense que le temps de travail c'est surtout le téléphone, ça c'est clair. » MG2

Par ailleurs, les demandes des patients par mail étaient considérées par MG5 et MG2, comme un dédoublement de la charge de travail. D'autres participants expliquaient avoir recours au mail uniquement pour émettre certains papiers administratifs.

3.4.8 Stratégies personnelles

De façon quasi unanime, les MG expliquaient qu'avoir une autre activité liée à la médecine était un moment de répit dans l'agenda (ONE, planning familial, ...) ce que qu'ils avaient presque tous.

3.5 Stratégies au niveau du cabinet

3.5.1 Limiter accessibilité - Patient stop

L'une des autres stratégies que la majorité des participants (MG1,4,5,6,8,9) avaient mise en place était la limitation de l'accessibilité à leur structure, le « patient stop ». MG7 expliquait ne pas le faire par volonté de rester accessible dans une zone de pénurie franche de médecins. MG3 s'était installée récemment. MG8 comptabilisait 1800 patients et expliquait qu'il ne prenait des nouveaux patients que sur recommandation, ce que MG9 et ses collègues faisaient encore jusque peu, mais ils avaient dû arrêter car une collègue avait quitté leur pratique, et ils se retrouvaient avec 3000 patients à deux. Ils cherchaient un nouveau collaborateur depuis plusieurs mois.

Plusieurs des médecins interrogés évoquaient la difficulté d'être dans le refus de soins par manque de temps et de disponibilité, MG2 restait dans une philosophie d'accessibilité totale et expliquait avoir un grand turn-over dans sa patientèle.

« Je pense que beaucoup de médecins diront quand tu t'associes, tu te dis « Ça va, je vais pouvoir diminuer. » Mais finalement, tu ne diminues jamais, tu ne fais qu'augmenter parce que ça crée un appel d'air. On voit bien ici, on a des patients qui habitent beaucoup plus loin, mais les médecins ne savent pas les recevoir, donc ils viennent chez nous. À un moment, ça va être compliqué parce qu'on n'ira pas à domicile aussi loin. (...) Je pense que la stratégie d'augmenter le nombre de médecins, c'est chouette, mais ou alors, à un moment, tu dois dire « je limite », mais c'est difficile de limiter. C'est difficile de dire non. » MG8

3.5.2 Travailler en équipe médicale

Plusieurs médecins évoquaient que travailler avec d'autres médecins était un avantage non négligeable pour faire face à la charge de travail pour plusieurs raisons.

Travailler en équipe médicale était un soutien lors des moments difficiles (comme protection du burnout ou de l'épuisement) et permettait de soulager un membre de l'équipe qui pouvait se sentir dépassé par sa charge de travail.

« On peut dégager une partie du travail (...). On se sent aussi soutenu en travaillant en équipe. C'est important aussi parce que bon, dès que tu as eu un cas difficile, trouver quelqu'un pour le petit débriefing et tout, ça c'est très important. Et aussi ça te garde mentalement frais pour continuer à travailler, voir d'autres patients. » MG4

Répartir la charge de travail due aux patients « lourds » pour diminuer la charge mentale associée à des cas « lourds », ce qui permettait en plus d'augmenter l'accessibilité pour les patients et la continuité des soins. Cependant deux des médecins interrogés travaillant en équipe expliquaient collaborer mais qu'ils avaient tout de même gardé leur propre patientèle.

« Nous avons deux cabinets pour trois médecins. (...) Nous partageons vraiment les dossiers et nous sommes en effet heureux que quelqu'un qui est normalement suivi chez moi puisse être suivi chez un autre médecin pour diminuer un peu la charge mentale. » MG9

Prendre congé était important pour pouvoir décompresser et s'armer face à la charge de travail. Travailler en équipe médicale permettait de poser plus aisément ses congés sans contrarier la continuité des soins.

« Le fait d'être en équipe, le grand avantage surtout, c'est de pouvoir se remplacer en période de congé et justement, quand on sature, il y a moyen de dire « au secours ». Tu sais, avant, parfois, tu partais en vacances, tu disais « Tu veux bien me remplacer ? » Il n'y avait pas de partage de dossiers. Quand il n'y avait pas de partage de dossiers, c'était un peu comme en garde. Je ne dis pas que la garde ne travaille pas bien, ce n'est pas ça, mais de nouveau, c'est le partage de l'information. Une pratique de groupe, ça donne du sens parce que quelque part, tu sais qu'il y a un réseau de confiance. Je pense que c'est ça qui est chouette. » MG8

Cependant les congés pouvaient être source de surcharge de travail pour les collègues qui reprenaient les dossiers

« (...) Quand nos collègues prennent des congés, c'est à ceux qui restent de gérer. La prise de congé est toujours un peu problématique dans le sens où ça va créer un vide et donc c'est toujours des moments un peu plus lourds pour les autres. Donc c'est une boucle de moments où on est tous là et qu'on gère plus. » MG1

3.5.3 Partage de dossiers

Le partage de dossiers pour les répondants travaillant en équipe de manière formelle ou informelle était un investissement de temps initial qui permettait par la suite un gain de temps car cela évitait de devoir recommencer l'historique médical des patients.

« En arrivant, ce que j'ai instauré, c'est le partage des dossiers sur Medispring. Déjà, quand on a un patient qui arrive, c'est pouvoir savoir qui il est, quels sont ses antécédents, ses traitements. En fait, oui, de manière informelle, on partage les dossiers » MG7

3.5.4 Travailler en pluridisciplinarité et déléguer des tâches

Les répondants travaillant dans des structures pluridisciplinaires soulignaient les avantages de travailler avec du personnel médical et/ou paramédical. Cela permettait une délégation de tâches importante, comme par exemple les consultations pour des simples viroses (MG4), ou pour la première consultation d'ouverture de dossier (MG6) par un(e) infirmier(e). L'intérêt de travailler en équipe pluridisciplinaire était l'immédiateté de la communication, et la standardisation et uniformisation dans la pratique, ce qui était signalé comme plus difficile avec des collaborateurs informels. MG6 expliquait avoir dans son centre une assistante sociale qui prenait certaines tâches administratives qui étaient habituellement faites par les médecins mais qui ne leur appartenaient pas, et les consultations « trop sociales ».

« Mais nos infirmiers aussi, font les premières consultations d'un nouveau patient qui est inscrit à la maison médicale. Ils vont faire la première consultation (...) et ils remplissent le dossier. (...) Ils font aussi tous les vaccins, les prises de tension, les ECG, les pansements, les commandes de vaccins, les commandes de matériel. Ça nous aide beaucoup aussi. Parce que, ces petites choses accumulées ensemble, ça aide beaucoup. (...) L'accueil aussi est formé maintenant parce que les gens, les patients posent énormément de questions sur les vaccins. Donc on a formé l'accueil sur les calendriers de vaccination. » MG6

L'un des participants travaillait avec une psychologue au sein de la maison médicale et expliquait envoyer certains patients en interne, pour la prise en charge d'un suivi psychologique permettant ainsi un gain de temps sur les consultations psychologiques, mais

également une expertise et un retour sur le patient qu'il n'avait pas avec des psychologues externes.

Le plus gros frein à la pratique en pluridisciplinarité était la peur du changement et la sensation de perte de temps pour les moments de rencontre entre intervenants impliqués dans la gestion d'un même patient. En effet MG3 et MG9 s'accordaient à dire que les réunions étaient du temps perdu qui pouvait être consacré à la consultation, ou que cela ne les intéressait pas.

« Les freins ? La peur du changement. Je suis maintenant habitué de travailler dans ce rythme. Le risque c'est de moins voir les patients. Travailler en équipe c'est probablement le mieux pour le patient, j'en suis certain, mais je n'aime pas travailler comme ça. Pour un patient qui ne peut plus habiter à la maison et pour qui on doit trouver une solution, l'idéal, c'est d'y réfléchir avec un assistant social, un infirmier, avec un kiné, un ergothérapeute, la famille ... Mais j'ai fait des discussions, des réunions, ça prend des heures, des heures, des heures. C'est ce qui est le mieux pour le patient, mais ça donne beaucoup de travail supplémentaire (...) Ce n'est pas une question financière, mais autrement, je dois investir deux heures pour une réunion d'un seul patient, ça veut dire que je ne peux pas voir 7 ou 8 autres patients. » MG9

Les personnes travaillant en pluridisciplinarité avaient constaté des avantages en termes d'immédiateté, mais elles ne travaillaient pas en véritable collaboration comme les participants des MM. MG5 expliquait d'ailleurs que le travail en pluridisciplinarité n'était pas suffisamment valorisé et que son équipe songeait évoluer vers une Association De Santé Intégrée (ASI), pour moins travailler individuellement.

"Tout le monde travaille pour soi-même. Il y a évidemment de la pluridisciplinarité, on fait des réunions et tout ça, mais ce n'est pas comme une ASI. Une ASI, là, tu dois avoir des projets de prévention, etc. C'est comme une obligation, mais en fait, c'est bien, évidemment, pour le patient. Et ça, on en discute justement. » MG5

3.5.5 Assistants

Les assistants en médecine générale étaient également une stratégie pour pouvoir répondre à la charge de travail. Plusieurs répondants (MG2,4,6,8) avaient déjà intégré dans leur pratique un assistant ; deux autres (MG7,9) souhaitaient en intégrer également, cependant un autre

(MG7) expliquait que c'était compliqué d'attirer des assistants dans une région rurale et souhaitait qu'il y ait un stage obligatoire en zone rurale pour pouvoir en bénéficier.

« Mais maintenant l'assistantat, ça aide quand même à terminer un petit peu plus tôt. »

MG2

3.5.6 Personnel non-médical

De façon unanime, parmi les intervenants paramédicaux, le personnel non-médical, plus particulièrement le secrétariat, était considéré comme indispensable pour décharger le travail. Il était utilisé à différents degrés par les participants, pour la prise de rendez-vous, pour faire du triage et évaluer l'urgence de la demande, pour planifier à l'avance l'agenda, faire de la prévention, compléter les dossiers des patients ou faire une partie de l'administratif des médecins généralistes. Le triage téléphonique par les secrétaires était d'ailleurs signalé plus avantageux que lorsque la prise de RDV se faisait électroniquement, car cela impliquait alors de devoir vérifier par après l'agenda, ce qui pouvait constituer une perte de temps. Le travail administratif était pris en charge par les gestionnaires administratifs dans deux MM. Certains participants avaient investi du temps pour former le secrétariat afin d'avoir un gain de temps en seconde intention.

« On en a déjà discuté aussi vraiment pour essayer de diminuer (...) l'administratif pendant les consultations. On essaye de voir un peu avec les secrétaires, elles font quand même pas mal pour nous. Donc le tri, tout ça, normalement, tu dois avoir une formation. Depuis le Covid, c'était « Est ce que vous toussiez ? Est-ce que vous êtes la fièvre ? Est-ce que ci ? Est-ce que ça ? » Elles n'ont pas de formation, mais on essaie de les former un minimum. C'est-elle qui trient. » MG5

Les médecins n'ayant pas de secrétariat (MG2,3,7) souhaitaient en avoir un. MG3 et MG7 avaient à leur disposition un télésecrétariat, mais elles trouvaient qu'un secrétariat sur place était bien plus efficient. MG2 avait parfois recours à sa femme qui l'aidait pour la gestion du téléphone de manière informelle.

« Moi, mon rêve, c'est de créer une maison médicale ici avec un travail d'équipe, une secrétaire sur place qui connaît les patients, qui peut répondre à leurs attentes de base sans que ça soit encore une tâche en plus. » MG7

3.5.7 Planification

les personnes interrogées qui travaillaient dans une maison médicale (MG1,4,6) avaient mis en place une réunion régulière avec le secrétariat pour planifier les services médicaux à l'avance. Cette planification était faite pour anticiper les périodes où il y avait une forte demande de services médicaux afin de pouvoir y répondre efficacement. Cette pratique visait à organiser les services médicaux de manière proactive pour mieux répondre aux besoins des patients.

« Donc c'est vraiment encore un travail sous-jacent qui a dû être fait, (...) qui a demandé un effort d'analyse des horaires, de la demande, du nombre de consultations à avoir, du nombre de consultations à donner par temps médical (...) donc ça a été des gros calculs qui n'ont pas été biaisés et qui ont été appliqués. Je ne sais pas si c'est fait partout, mais je pense que c'est durable, mais ça demande un effort de tous les jours. » MG1

Les autres participants expliquaient avoir un emploi du temps standardisé avec quelques plages libres pour les urgences du jour, et une partie de l'emploi du temps réservé à l'avance par les suivis ou consultations chroniques.

3.6 Stratégies envisagées au niveau de l'organisation et du système

3.6.1 Élargir le réseau

Deux répondants souhaitaient voir l'instauration des territoires de soins en réseau pour mieux coordonner les professionnels de santé d'un même territoire. La plateforme de Premières Lignes en Wallonie leur semblait prometteur, MG6 expliquait l'importance d'avoir une maison de santé qui réunit les professionnels de santé d'un même territoire. Ils soulignaient aussi la nécessité d'un annuaire à jour pour mieux connaître les professionnels de santé et leurs spécialités et insistaient sur l'importance de coordonner les professionnels de santé pour mieux référer les patients et proposaient la mise en place de coordinateurs pour organiser les réunions et assurer une rémunération pour les professionnels de santé.

« Ailleurs, c'est morcelé, c'est terrible. Et donc les gens ne se parlent pas. Et ça, c'est plutôt du proxy santé, c'est les niveaux d'échelonnement dans le proxy santé. D'une part, je pense qu'il faut de la proximité, il faut des équipes qui se parlent. » MG8

3.6.2 Évolution rôle MG

Certains participants expliquaient qu'ils souhaiteraient voir évoluer le rôle de médecin généraliste comme médecin expert et coordinateur. Ils souhaiteraient voir le MG comme au centre d'une équipe pluridisciplinaire, pouvoir déléguer plus tâches à des infirmières qui seraient mieux formées dans la médecine générale, par exemple.

« Plus de travail en réseau, plus de travail multidisciplinaire, un peu plus de travail parfois de bureau et un peu moins de travail en présentiel. Un exemple très concret, c'est que quand ma collègue infirmière fait une première consultation, elle remplit le dossier, à la fin, elle vient souvent me voir pour me poser quelques questions, ajuster quelques trucs qu'elle ne connaît pas. Ça me prend cinq minutes. Et au Danemark, je sais que les médecins sont très organisés comme ça, c'est à dire qu'il y a moins de médecins. Les médecins sont plus des experts qui gèrent un plus grand nombre de patients, mais qui ne les voient pas forcément tous et qui donnent leur avis à des collègues, soit des plus jeunes médecins, soit des infirmiers. Et aussi intégrer là-dedans les téléconsultations où on ne voit pas forcément les gens parce qu'on n'a pas besoin de tout l'attirail et toute la qualité d'une consultation sur place. (...) Mais il faut augmenter la coordination. Il faut savoir que la coordination, c'est du temps. » MG6

Pour que la délégation de tâches à différents niveaux se concrétise, une communication préalable afin de bien établir les compétences de chacun semblait indispensable selon MG7.

Cependant, d'autres participants exprimaient leur inquiétude quant à cette évolution de la profession, soulignant que cela pourrait rendre leur travail plus difficile et augmenter leur charge mentale. Certains souhaiteraient conserver un équilibre entre des tâches complexes et plus simples pour éviter une charge de travail trop importante.

« Ce dont j'ai peur quand même, c'est que le travail devient vraiment très cognitif. Parce que ça, c'est fatigant aussi d'être tout le temps avec des patients difficiles. Si les certificats d'un ou deux jours disparaissent, et les infirmières qui prennent une partie de

notre travail, à ce moment, il n'y a que du travail difficile, complexe et cognitif, et ça, c'est fatigant aussi. C'est parfois pas mal de dire que c'est juste un rhume ça me prend cinq minutes, qu'il ne faut pas trop réfléchir, ou quelque chose manuel, un suivi général ou autre chose. Ça donne une sorte d'équilibre entre des choses très complexes et des choses très faciles. » MG9

3.6.3 Financement

Les primes déjà existantes et proposées étaient parfois difficilement accessibles, ce qui posait un problème à certains des répondants, notamment MG3 qui venait de s'installer et souhaitait avoir accès à la prime secrétariat plus facilement.

« J'ai eu ma prime d'installation mais je n'ai pas le prime secrétariat pour l'instant. Il faut un certain nombre de DMG. Ce serait bien de faciliter l'accessibilité aux primes ; ça c'est quelque chose qui pourrait être mis en place » MG3

Comme mentionné précédemment, les tâches administratives ne sont généralement pas rémunérées sauf si l'on travaille dans une structure au forfait. Ainsi en financement plus intégré des soins, était envisagé comme une solution, visant à mieux rémunérer les tâches faisant partie de l'offre de base d'un cabinet de médecine générale, actuellement peu ou insuffisamment financées, tout en favorisant la collaboration, la délégation des tâches, la prévention et les soins proactifs (MG1,4,5,6,7,8,9). La forfaitisation pouvait permettre, d'après les participants, de financer différents intervenants, et décharger une grande partie du travail qui n'appartient pas nécessairement à un médecin généraliste.

« Non, l'organisation forfaitaire, ça, c'est l'idéal pour les patients, pour la société, à mon avis, mais je ne sais pas comment ça s'organiserait dans notre cabinet, par exemple, de la médecine à base de prestations vers un système forfaitaire, parce qu'on doit vraiment couper le taux de patients en deux, parce qu'autrement, nous avons vraiment trop de patients pour pouvoir voir tout le monde, pour prendre le temps. Mais à ce moment, s'il n'y a plus de stimuli financiers, on peut prendre le temps pour les patients. Ça, c'est l'idéal. » MG9

Cette évolution de la médecine devrait alors être faite dès le début de carrière d'un médecin, et pas une fois que celui-ci est installé, selon certains répondants.

« Je pense que pour moi, ça, c'est la médecine générale dans les années à venir. Le problème, c'est que pour l'instant, t'as encore trop de pratiques différentes pour y arriver. Moi, je pense que votre génération peut-être pourra y arriver plus facilement. Parce que si tu démarres une pratique de groupe et que tu dis « On va démarrer comme ça », ça va aller. Mais nous, on vient chacun de nos pratiques, on s'est déjà regroupés et c'est déjà un fameux pas. » MG8

MG8 estimait que la question de la propriété des bâtiments était un problème majeur, car de nombreux médecins plus âgés avaient investi dans leur propre cabinet médical et avaient donc des plans de carrière et de pension qui dépendaient de leur propriété. Il suggérait qu'un système coopératif pouvait être une solution, dans lequel chaque médecin mettait un certain capital et le récupérerait lorsqu'il quitterait le cabinet, sans chercher à faire fructifier cet argent. Son idée était de trouver un équilibre entre l'aspect financier et l'aspect humain, pour motiver les médecins à s'impliquer dans la pratique, sans pour autant perdre leur investissement. Il expliquait que si les médecins étaient simplement des locataires sans implication dans la pratique, cela pouvait être peu épanouissant. En revanche, si les médecins partageaient un intérêt à maintenir les bâtiments et les infrastructures en bon état, cela pouvait contribuer à une pratique médicale plus engagée, plus durable et plus efficace.

3.6.4 Augmenter le nombre de MG

L'augmentation du nombre de médecins généralistes pour répondre au manque de praticiens était évoqué, aussi bien pour les médecins travaillant dans les zones de pénurie (MG7, MG8) ou les zones qui ne l'étaient pas (MG2, MG4) mais où la demande de soins par patient était trop importante.

« Là, j'ai l'impression que toutes les pratiques qui ont arrêté pour cause de prise de pension depuis quinze ans ne sont pas reprises. Je me dis quelque part il doit y avoir trop peu [de médecins] parce qu'il y en a plus qui partent, qui arrivent. (...) Mais les patients posent la question « est ce que vous prenez des nouveaux patients ? » Et ça, ce n'était pas il y a dix ans. Ça veut dire qu'ils ont eu des refus de plusieurs cabinets. » MG2

« J'avoue que là, maintenant, ça devient compliqué. J'ai tous les jours des nouveaux patients parce que j'ai des collègues qui s'arrêtent. On est dans une situation un peu catastrophique ici en zone rurale. » MG7

Certains médecins (MG7,4,1,3) suggéraient de supprimer le numérus clausus pour augmenter le nombre de nouveaux médecins généralistes. Cependant, MG8 signalait un problème d'attractivité pour les jeunes médecins souhaitant s'installer en périphérie de Bruxelles, expliquant que les infrastructures n'étaient pas suffisamment développées pour les accueillir. Il expliquait qu'il fallait travailler sur l'attractivité de ces zones pour encourager les jeunes médecins à s'y installer.

« Je pense qu'au niveau des universités, ça va mieux. Il y a vraiment un travail d'ouverture vers la médecine générale. (...) Tous les étudiants passent en médecine générale, donc ça, c'est pas mal. (...) Mais qu'est-ce qu'ils peuvent faire ? Je pense que on n'a pas besoin de sous, on a besoin plutôt de temps. (...) En tout cas, le problème du moment, c'est le numérus clausus. Il n'y a pas assez de médecins. (...) Mais dire « On va augmenter vos honoraires. » Ça va, je gagne bien ma vie. Je pense que ce n'est pas le problème. Le problème pour l'instant, ce sont les ressources humaines. Soit plus de médecins. (...). C'est toute la question de la mobilité, de l'infrastructure dans les villes et les communes. C'est avoir des bâtiments, c'est avoir de l'attractivité. (...) Mais là, c'est au-delà de l'aspect médical, c'est l'attractivité de la ville. » MG8

4 Discussion

4.1 Sur la méthodologie

Pour répondre à la question de recherche, nous avons opté pour la méthode des entretiens semi-dirigés, cette méthode a été jugée pertinente en raison des données nouvelles que nous souhaitions obtenir. Elle a permis d'obtenir des données factuelles sur l'organisation des participants, ainsi que leurs ressentis face à la charge de travail. L'échantillon en variation maximale a été appliqué, la diversité des pratiques rencontrées et des participants est la force de cette étude, permettant d'avoir différentes visions de la pratique de médecine générale et une diversité dans les stratégies pour répondre à la charge de travail.

Il est à noter que l'échantillon interrogé n'a pas permis d'atteindre la saturation des données, même si le nombre de personnes interviewées correspondait à l'objectif de départ. D'une part, cela peut s'expliquer par le temps limité consacré au TFE, qui n'a pas permis d'explorer en profondeur toutes les dimensions de la question de recherche qui est complexe. D'autre part, les variations entre les échantillons ont apporté des informations spécifiques à chaque situation, telles que le type de pratique, l'âge ou encore le lieu de pratique, qui ont contribué à la diversité des résultats. Cependant, cette diversité a pu également rendre plus complexe la recherche de points communs et la synthèse des résultats.

Un possible biais de cette étude est un biais de sélection, car bien qu'une trentaine de mails aient été envoyés de manière aléatoire, seules les personnes recommandées par des connaissances communes ont répondu, ce qui peut affecter la représentativité de l'échantillon. Cependant, nous ne pensons pas que cela ait un grand impact sur la qualité des résultats obtenus, puisque nous ne cherchions pas la représentativité dans cette étude exploratrice.

Le choix de la méthode de la théorisation ancrée pour l'analyse des résultats s'est avéré judicieux. Cette méthode a permis de ne pas imposer une grille de lecture a priori, qui aurait pu être influencée par les lectures théoriques antérieures.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Rappels de résultats

La majorité des médecins généralistes interrogés ont exprimé leur surcharge de travail, mais sans être arrivés au stade de burnout. Les mécanismes responsables de cette surcharge comprenaient la charge administrative, la gestion des patients chroniques ainsi que les demandes de soins croissantes, et le manque de personnel. Pour faire face à cette surcharge, les médecins généralistes avaient adopté diverses stratégies.

Parmi ces stratégies, certaines semblaient positives, telles que le travail en équipe médicale, la délégation de tâches aux professionnels paramédicaux et administratifs, la planification avancée des consultations, la réduction des temps de consultation pendant les périodes de viroses et les téléconsultations. Certaines de ces stratégies étaient durables et pouvaient aider à réduire la charge de travail, tandis que d'autres, telles que la limitation de la patientèle, peuvent questionner sur l'accessibilité des soins de première ligne.

D'autres stratégies paraissaient plutôt négatives comme l'élargissement des heures de travail, sauter les pauses prévues, la diminution des temps de consultations en général et pouvaient conduire à une majoration de la charge mentale.

Le travail en équipe médicale était considéré comme un avantage pour faire face à la charge mentale liée aux cas complexes et améliorait la continuité des soins. Le partage de dossiers pouvait également aider à gagner du temps. Le travail en équipe pluridisciplinaire, avec le secrétariat, les infirmières pour effectuer des tâches déléguées et d'autres professionnels de santé, aidant à réduire la charge de travail. Les gestionnaires administratifs et les secrétaires pouvaient jouer un rôle essentiel dans la réduction de la charge de travail administratif.

Les stratégies souhaitées se situaient à différents niveaux, tels que la meilleure connaissance des réseaux locaux, l'élargissement des compétences des infirmières et la forfaitisation de la médecine pour mieux s'organiser et recruter plus d'intervenants. Il était également important de suivre l'évolution de la médecine générale et d'augmenter le nombre de médecins généralistes pour répondre à la demande croissante des patients. Le financement des structures devait permettre aux médecins de se concentrer sur les soins du patient sans avoir à choisir entre la motivation financière et la qualité des soins.

4.2.2 Confrontation à la littérature

Il existe beaucoup de littérature concernant la charge de travail en médecine générale, les raisons des départs anticipés et les burnout des MG. D'après nos recherches de littératures nous avons trouvé un seul article anglais, décrivant comment les médecins généralistes font face à la charge de travail (23). Nous confronterons donc nos résultats à cet article afin de vérifier si les stratégies mises en place par les MG belges sont similaires, tout en tenant compte du fait que les systèmes de soins de santé ont chacun leurs particularités.

Dans notre étude, les participants considèrent que la charge de travail administrative est trop lourde et nuit à leur satisfaction professionnelle, ce qui est en accord avec les constatations de la littérature. (13). Notre étude corrobore les constatations de l'étude anglaise, selon lesquelles les médecins généralistes font appel à des professionnels non médicaux et les forment informellement pour alléger leur charge administrative. En Belgique, les médecins généralistes ont accès à du personnel administratif, tel que des secrétaires ou des gestionnaires, pour alléger leur charge de travail. Ces professionnels peuvent effectuer des tâches administratives telles que la gestion des rendez-vous, le triage des appels, la tenue des dossiers médicaux et la facturation des honoraires, qui sont chronophages et peuvent facilement occuper une grande partie du temps du médecin. Ainsi, les médecins peuvent se concentrer sur leur tâche principale : la prise en charge de leurs patients. De ce fait, l'une des cinq propositions du ministre de la santé consiste à renforcer l'équipe qui entoure le médecin, à l'aide de collaborateurs administratifs, et pourrait permettre de mieux répondre à ce travail administratif (4).

Notre revue de littérature n'a pas permis de trouver d'éléments probants concernant la planification préalable de la demande de consultations et de l'offre médicale, ni l'adaptation du temps de consultation en fonction de la plainte initiale du patient. Cependant, cette approche semble être une stratégie efficace et durable pour améliorer l'accessibilité aux soins des patients tout en répondant à la charge de travail. Toutefois, cela peut également entraîner une surcharge de travail pour les médecins. Il est important de noter que les patients présentant plusieurs problèmes de santé lors de leur consultation ne peuvent pas être efficacement traités en seulement dix minutes, ce qui est un inconvénient bien documenté. Par conséquent, l'éducation sur l'utilisation du système de soins de santé est une stratégie

efficace, comme décrit dans la littérature, pour répondre à ces besoins (23). Cependant, pour atteindre cet objectif, il est important de modifier les attentes du public sur ce que le système de soins de santé peut et doit leur offrir. La question se pose alors de savoir qui est responsable de ce changement : les professionnels de la santé, les gouvernements et les établissements de santé sont tous des acteurs potentiels. En fin de compte, les patients devraient être les bénéficiaires de ces changements, car ils ont le droit d'accéder à des soins de qualité et à des ressources éducatives pour comprendre et utiliser le système de soins de santé de manière efficace.

L'étude anglaise met en évidence comme stratégie de partager du travail avec du personnel médical comme les infirmières pour la prise en charge des pathologies mineures et le suivi de routine de certaines pathologies chroniques comme une bonne stratégie. La pluridisciplinarité en médecine générale est un concept qui suscite un grand intérêt, mais également des réticences chez certains médecins. Elle offre plusieurs avantages comme le gain de temps pour les médecins, qui peuvent se concentrer sur leur domaine de compétence tout en déléguant certaines tâches à des professionnels de la santé ayant des compétences complémentaires (23). De plus, la collaboration entre les différents professionnels de la santé permet une prise en charge plus holistique des patients, ce qui peut conduire à une amélioration de la santé communautaire dans son ensemble, notamment pour la prévention ce qui a pu être observé chez les MG travaillant en MM dans notre étude. Néanmoins, les médecins peuvent avoir des difficultés à partager leur pratique avec d'autres professionnels de la santé en raison d'une méconnaissance des compétences et des rôles de chacun, comme décrit dans la littérature (3), mais également la peur de ne se limiter qu'à des tâches cognitives et de perdre du temps. Il est donc essentiel de réfléchir avec soin de manière anticipée à l'organisation de la pratique en équipe et de trouver le bon équilibre pour que chacun puisse contribuer efficacement à la prise en charge des patients.

Finalement l'étude britannique explique que le recrutement de médecins généralistes au sein des pratique est essentiel pour diminuer la charge de travail (23), ce que nos résultats montrent également avec la nécessité d'augmenter le nombre de médecins généralistes, car même si les participants ne travaillent pas en zone de pénurie médicale, ils ont tout de même une charge de travail importante. Peut-être faudrait-il recalculer le ratio de médecins

généralistes par habitant en raison de l'évolution de la démographie et des besoins de la population. La répartition géographique des médecins généralistes devrait également être prise en compte pour s'assurer que les zones rurales et urbaines ont un accès équitable à ces services de santé primaires, ce qui est une autre des mesures proposées par le ministre de la santé (4).

5 Conclusion

La charge de travail en médecine générale est en constante augmentation, avec des répercussions importantes sur la santé publique, l'accessibilité aux soins pour la population belge et le bien être des médecins généralistes.

Nous avons mené une étude qualitative pour comprendre comment les médecins généralistes francophones travaillant à Bruxelles et en Wallonie font face à la charge de travail, en explorant leur ressenti, les stratégies mises en place et celles qu'ils souhaiteraient mettre en place. Les résultats de cette étude ont montré que la charge de travail est un phénomène complexe et multifactoriel, et que les médecins généralistes tentent de la gérer de manière efficace en utilisant diverses stratégies. Cependant, étant donné la diversité des pratiques existantes, chaque praticien ne fait pas face à la charge de travail de la même manière. Certaines stratégies s'avèrent durables et positives, tandis que d'autres peuvent être négatives et engendrer des conséquences importantes sur la santé mentale des praticiens, ce qui peut aggraver encore plus la charge de travail. Des futures recherches devraient être faites pour étudier ce qui fonctionne dans chaque type de pratique et l'appliquer afin de pouvoir faire évoluer durablement l'organisation des soins de première ligne.

En outre, notre étude met en évidence une divergence historique de points de vue quant à la médecine de première ligne : certains répondants la considèrent sous un angle libéral, tandis que d'autres adoptent une vision de pratique intégrée, avec toutefois une tendance des acteurs à s'accorder sur l'importance que les autorités publiques suivent les besoins de la médecine générale pour répondre aux défis de la démographie changeante.

6 Bibliographie

1. Thimus D, Vandenhooff A. Catalogue des statistiques publiques en Région Wallonne [Internet]. 2020 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?indicateur_id=814000&ordre=0&periode=2020&niveau_agre=C&sel_niveau_catalogue=C#
2. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019.
3. Karam M, Macq J, Duchesnes C, Crismer A, Belche JL. Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium: a participatory action research. J Interprof Care. 4 mai 2022 ;36(3) :380-9.
4. Vandenbroucke F. Vers un New Deal pour le (cabinet de) médecin généraliste [Internet]. Juin 17, 2022. Disponible sur : <https://vandenbroucke.belgium.be/sites/default/files/articles/new%20deal%20huisartsen%2017062022%20DEF%20FR.pdf>
5. Debuissin M. Population des 65 ans et plus en Wallonie [Internet]. 2023 [cité 24 avr. 2023]. Disponible sur : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/population-des-65-ans-et/>
6. StatBEL. Risques de pauvreté en Belgique en 2020 [Internet]. 2020 [cité 25 avr 2023]. Disponible sur : <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/risques-de-pauvrete-en-belgique-en-2020>
7. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. PLOS ONE. 21 juill 2014;9(7): e102149.
8. Charafeddine R, Van der Heyden J, Demarest S, Drieskens S, Diem N, Tafforeau J, et al. Enquête de santé 2018: Santé et qualité de vie. Résumé des résultats [Internet]. Bruxelles : Sciensano ; 2019 [cité 24 avr 2023]. Report No. : D/2019/14.440/24. Disponible sur : https://www.sciensano.be/sites/default/files/his_resume_fr_def.pdf

9. Maron L, Vos B, Vrancken J, Ancel D, Lontsi D. « Santé mentale : connaissance, perception du secteur et consommation de soins » [Internet]. Belgique ; 2022 [cité 8 avr 2023]. Disponible sur : https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2022/10/Synthese-Solidaris_Sante-mentale_05102022.pdf
10. Beersmans A, Euben T, Gils M. Rapport : analyse de l'emploi du temps des médecins généralistes [Internet]. Bruxelles : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement ; 2023 [cité 18 avr 2023]. Disponible sur : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20230417_fr_im_associates_-_rapport_sur_la_repartition_du_temps_de_travail_des_medecins_generalistes.pdf
11. IMA Atlas - Atlas AIM. Nombre moyen de contacts chez un généraliste par bénéficiaire - Régions [Internet]. [Cité 8 avr 2023]. Disponible sur : https://atlas.ima-aim.be/jive?workspace_guid=9040d295-80f2-49f8-9b72-570797656196
12. Cohidon C, Wild P, Senn N. Practice Organization Characteristics Related to Job Satisfaction Among General Practitioners in 11 Countries. *Ann Fam Med*. nov 2019;17(6):510-7.
13. Long L, Moore D, Robinson S, Sansom A, Aylward A, Fletcher E, et al. Understanding why primary care doctors leave direct patient care: a systematic review of qualitative research. *BMJ Open*. 1 mai 2020 ;10(5):e029846.
14. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schamphelleire J, De Troyer M, et al. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge [Internet]. Bruxelles: Centre federal d'expertise des soins de santé (KCE); 2011 [cité 27 nov 2022]. (Health Services Research (HSR)). Report No.: 165B. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/kce_165b_burnout_des_medecins%20generalistes.pdf
15. Dutheil F, Parreira LM, Eismann J, Lesage FX, Balayssac D, Lambert C, et al. Burnout in French General Practitioners: A Nationwide Prospective Study. *Int J Environ Res Public Health*. 16 nov 2021;18(22):12044.
16. Lenoir AL, Leconte S, Cayn M, Ketterer F, Duchesnes C, Fraipont B, et al. Exploring the diverse career trajectories of general practice graduates in the French-speaking part of Belgium: An interview study. *Eur J Gen Pract*. 1 janv 2021;27(1):111-8.
17. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 37

Lond Engl. 14 nov 2009;374(9702):1714-21.

18. Schäfer WLA, van den Berg MJ, Groenewegen PP. The association between the workload of general practitioners and patient experiences with care: results of a cross-sectional study in 33 countries. *Hum Resour Health*. 16 oct 2020;18(1):76.

19. Nørøxe KB, Vedsted P, Bro F, Carlsen AH, Pedersen AF. Mental well-being and job satisfaction in general practitioners in Denmark and their patients' change of general practitioner: a cohort study combining survey data and register data. *BMJ Open*. 5 nov 2019;9(11):e030142.

20. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. sept 2005;83(3):457-502.

21. Nørøxe KB, Pedersen AF, Carlsen AH, Bro F, Vedsted P. Mental well-being, job satisfaction and self-rated workability in general practitioners and hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions among listed patients: a cohort study combining survey data on GPs and register data on patients. *BMJ Qual Saf*. déc 2019;28(12):997-1006.

22. Tobin S, Maskrey N. Ten Commandments for the resilient practitioner. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. oct 2016;66(651):528-9.

23. Fisher RF, Croxson CH, Ashdown HF, Hobbs FR. GP views on strategies to cope with increasing workload: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. févr 2017;67(655):e148-56.

24. Communes en pénurie - période de validité : du 01/06/2021 au 31/12/2022 [Internet]. [cité 4 févr 2023]. Disponible sur: https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/médias/zones_installation_prioritaire_du_01_06_2022_au_31_12_2023.pdf

Annexe 1 : descripteurs MeSH pour la recherche bibliographique

Descripteur	Termes français	Termes anglais
Médecins généralistes / General practitioner	Généralistes / Médecins de médecine générale / Médecins de pratique générale / Médecins omnipraticiens / Omnipraticiens / Praticiens généralistes /	General Practitioner / Prac- titioner, General / Practi- tioners, General / Physi- cians, General Practice / General Practice Physician / General Practice Physicians / Physician, General Practice / Practice Physicians, General /
/ Workload	Charge de travail des employés / Charge de travail des employées / Charge de travail du personnel /	Workloads / Work Load / Work Loads / Employee Workload / Employee Work- loads / Workload, Employee / Workloads, Employee / Employee Work Load / Em- ployee Work Loads / Work Load, Employee / Work Loads, Employee / Staff Workload / Staff Workloads / Workload, Staff / Work- loads, Staff / Staff Work Load / Staff Work Loads / Work Load, Staff / Work Loads, Staff /

Tableau 1 Descripteurs et leurs medical Subjects Headings (MeSH)

Annexe 2 : Accord du comité d'éthique

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 25/12/2022

ULiège (Vanmeerbeek Marc) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (Lamy Dominique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Vanderhofstadt Quentin) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

« Nous vous invitons à joindre cette décision du GEIMG en annexe de votre TFE. Vous pourrez ainsi attester de votre démarche éthique auprès du jury interuniversitaire »

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-dirigé

Explication de l'étude et de l'anonymisation, remise du formulaire de consentement

I. Ressenti et caractérisation de la charge de travail

1. **Pouvez-vous me raconter de quoi est composé votre travail ?**

- Volume, heures de travail, intensité, patients par jour/semaine, temps de consultation, temps administratif
- Prévention / santé communautaire
- Autres casquettes (compte, gestion, réunion d'équipe ...)

2. **Comment vous sentez-vous face à cette charge de travail ?**

- Ressenti, satisfaction professionnelle et personnelle ?
- Gérer la durabilité ? (Impression d'être dans les tâches urgentes constamment ?)

II. Stratégies

3. **Que faites-vous pour diminuer la charge de travail dans votre cabinet ?**

- Collaboration infirmière et médecin ?
- Délégations de tâches : comment ?
- Temps consacré à ce qui n'est pas des consultations, réunions d'équipe

4. **Qu'est-ce que vous pourriez faire dans votre lieu de travail pour diminuer la charge de travail ?**

- D'autres tâches qui pourraient être reprises par les autres intervenants ?
- Changer de façon de travailler ?

5. **Comment gérez-vous l'accès aux rendez-vous pour les patients**

- Quel est le nombre de patients suivis au sein du cabinet ?
- Nombre de refus de consultation / patient stop ?
- Arrivez-vous à proposer des consultations le jour le même, si non quel est le délai d'attente ?
- Arrivez-vous à assurer la continuité des soins ? Prescriptions ...
- Êtes-vous disponible par téléphone ?
- Comment gérez-vous les résultats ?

6. **Avez-vous l'impression que votre façon de travailler est un atout face à votre charge de travail ?**

- Est-ce que vous avez l'impression de faire du travail qui n'est pas celui d'un généraliste ?
- Quels sont les avantages de chaque intervenant dans l'équipe ? (accueil)
- De trop déléguer ?
- Êtes-vous à l'aise de référer vers vos collègues ?

- Avez-vous l'impression de rentabiliser votre temps de travail ? Est-ce lié à la façon de pratiquer ?
- 7. Il y a-t'il autre chose concernant la charge de travail des médecins généralistes que vous aimeriez mentionner ? Comment envisagez-vous la suite ?
- 8. Parmi tous les généralistes ou est-ce que vous pensez que vous vous situez en termes de charge de travail ? De 1 = minimale à 10 = maximale
- 9. Pensez-vous que des instances collectives devraient mettre en place des stratégies pour diminuer la charge de travail ? (Cercles des médecins généralistes, INAMI, gouvernement, amélioration communication 1ère et 2ème ligne ?)

Annexe 4 : document fourni au participant

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à un recueil de données orale pour une étude. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette étude.

Il s'agit d'une étude qui devrait inclure environ 10 personnes en Belgique.

L'objectif de cette étude consiste à comprendre comment les médecins généralistes s'organisent pour faire face à la charge de travail

Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous sera demandé de passer une interview pendant environ 30 minutes qui sera enregistrée et transcrite.

Le promoteur de l'étude est Dr. Aurore Girard

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'étude font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette étude n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette étude vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Votre identité et votre participation à cette étude demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. La protection des données personnelles est assurée par la loi du 8 Décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'étude ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'étude, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter:

Responsable de l'étude: Victoria Daudré-Vignier.

1. Je soussigné(e),..... déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'interview.

2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé, signé et daté. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'étude et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'étude ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.

3. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.

4. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

5. Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Nom et Signature du volontaire

Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/Mr confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'étude à la personne mentionnée ci-dessus.

Nom et Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)

Annexe 5 : Interview MG8

Orateur 1 : Bonjour merci d'accepter de participer à mon TFE et d'être enregistré. Je le fais sur la charge de travail en médecine générale, j'étudie comment les médecins s'organisent pour y répondre. Vous êtes-vous déjà senti en surcharge de travail et si oui, de quand date la dernière fois ?

Orateur 2 : De tout le temps. Ce matin, c'était plus calme. Encore que c'était chargé dans la matinée, donc c'est tout le temps. Tout le temps. C'est tout le temps. C'est plus jamais calme, c'est ça le problème. Oui.

Orateur 1 : Et vous pourriez me décrire un peu de quoi est composé votre travail ?

Orateur 2 : On fait des consultations, on fait des visites à domicile. Ça, c'est moi. Mes activités à côté : je suis médecin coordinateur en maison de repos, je participe aux activités du Cercle, à la SSMG. Tout ce qui est formation continue. Il y a de quoi s'occuper. C'est vrai qu'au niveau purement médecine générale suivi de patients, on est quand même bien chargé.

Orateur 1 : Vous avez combien de patients au sein du centre ici ?

Orateur 2 : Je n'en sais rien. Je sais pas. Moi, je sais, parce que j'avais fait le calcul il y a pas longtemps, je pense, j'ai 1 800 patients.

Orateur 1 : ici, c'est en pluridisciplinaire ?

Orateur 2 : On est en pluridisciplinaire, mais on est entre le médecin solo et la maison médicale au forfait, dans le sens où on travaille en collaboration, en groupe, mais chacun a plus ou moins gardé ses patients. Même s'il y a des interconnexions, on s'organise quand il y en a un qui sature, pour pouvoir répondre à la demande. Il y a un médecin qui peut les voir, mais globalement, chaque médecin a gardé plus ou moins sa patientèle.

Orateur 1 : Vous avez l'occasion de faire de la prévention ou de la santé communautaire ?

Orateur 2 : Pas assez. Non, c'est ça le problème, on essaye, mais on a l'impression d'être la plupart du temps le nez dans le guidon, on avance, on avance, dès qu'on trouve un peu de temps... Souvent, c'est au moment de la consultation même, on essaie de mettre un peu, mais vraiment mettre en place des choses plus structurées, on n'a pas le temps.

Orateur 1 : Dans la charge de travail purement médicale, il y a aussi le temps administratif. Vous auriez une idée à peu près de combien ça représente sur votre travail en termes d'heures quotidiennes, par exemple ?

Orateur 2 : Une heure, une heure et demie ? Facile. Parce que c'est ça, une fois que tu as fait tes consultations, une fois que tu as fait tes visites, tu as encore tout le reste, parce qu'il y a toute une série de choses. Les secrétaires nous mettent un petit mot, il faut gérer. [Me montre son agenda] En gros, c'est mes visites, en vert, c'est les consultations que j'ai que j'ai déjà faites, en bleu, celles qui vont venir et en brun, c'est tout ce qui est administratif. Après, une fois que tu as fini tout ça, tu passes une heure à faire tout ça [Montre les plages administratives].

Orateur 1 : Donc, c'est vraiment du temps qui est consacré dans l'agenda pour l'administratif.

Orateur 2 : On essaie soit d'intercaler en cours de route, soit qu'on le fait le soir parce qu'on n'a pas eu le temps de le faire en cours de journée ou le lendemain, parce qu'on n'a pas eu le temps.

Orateur 1 : Vous avez l'impression que vous dépassez beaucoup vos heures à cause du temps administratif

Orateur 2 : Oui, à partir du moment où il y a des consultations, on fait de l'administratif dans le temps de la consultation. Donc, il y a de l'administratif qu'on gère tout de suite et donc évidemment, ça fait déborder. Quand ce matin, il y a une patiente qui venait pour une consultation, puis qui, finalement, est arrivée avec une note de papier. Donc, évidemment, on a pris le double du temps. Donc, ça bouffe énormément de temps. Que soit on le consacre au moment même de la consultation, parce que le patient est devant nous, soit qu'on postpose et donc on doit après encore prendre ce temps là encore en plus.

Orateur 1 : Comment vous gérez l'accès aux rendez-vous pour les patients ?

Orateur 2 : Il y a à la fois une prise de rendez-vous par Internet, plus les prises de rendez-vous possibles par téléphone via le secrétariat. L'avantage d'Internet, c'est que ça permet aux patients de prendre rendez plus facilement pour eux, ça leur donne de l'autonomie. Le problème, c'est que tu ne sais pas trier. C'est vrai que maintenant, on bloque des plages de rendez-vous pour pouvoir justement faire du tri et intercaler des urgences, parce que sinon, tu te retrouves rapidement avec une journée où c'est juste des patients qui viennent pour des

XIV

problèmes postposables, on va dire, et tu te retrouves sans assez de temps pour voir ce qui est urgent. C'est le revers de la médaille.

Orateur 1 : Est-ce que vous vous trouvez accessible ? Par accessibilité, je veux dire, est ce que le patient a facilement accès à vous ? Est ce qu'il y a des plages qui sont disponibles le jour même dans votre consultation ?

Orateur 2 : Oui. À chaque fois, on se culpabilise en se disant qu'on pourrait faire plus, mais à un moment, on ne sait pas plus. On se trouve accessible dans le sens où notre mode de fonctionnement permet que si vraiment il y a un problème, si le patient ne peut pas voir son médecin habitué, il y aura toujours un médecin pour le voir. Donc, une différence entre voir un médecin et voir son médecin. Pour les patients, ça ne sera jamais suffisamment accessible. Mais on essaie de s'organiser pour qu'en tout cas, il y ait toujours une possibilité d'avoir une réponse le jour même. Ce n'est pas toujours le médecin titulaire, on va dire.

Orateur 1 : Et vous avez un patient stop pour vous-même ? Vous me dites que vous avez 1800 patients, c'est déjà énorme.

Orateur 2 : Oui, c'est énorme. Depuis quelque temps, je dis aux patients que je n'en prends plus de nouveaux, d'autant plus qu'on a des plus jeunes, donc on draine. L'idée, c'est de dire « Moi, je prends des nouveaux sous recommandation », c'est à dire soit c'est le frère, la sœur ou le cousin, peu importe, mais le patient qui arrive, qui cherche un médecin, on lui propose de voir parmi les plus jeunes qui ont plus de disponibilité.

Orateur 1 : Vous estimez que vous voyez combien de patients par jour en moyenne ?

Orateur 2 : Entre 30 et 40 patients par jour.

Orateur 1 : Est ce qu'il y a une répartition de la charge de travail dans votre cabinet ? Vous m'avez parlé de travail en équipe quand il y a des demandes de consultation en urgence. Est ce qu'il y a d'autres façons de diminuer la charge comme ça en équipe ?

Orateur 2 : Le fait d'avoir un secrétariat, ça permet déjà de gérer beaucoup de choses. Même si on a encore fait de l'administratif, ça permet quand même de gérer de l'administratif. Le fait d'être en équipe, le grand avantage, c'est que c'est surtout se remplacer en période de congé où, justement, quand on sature, il y a moyen de dire « au secours ». Moi, je trouve que c'est tout ça. Mais, je pense que pour l'instant, on commence à limiter les patients sur base de

XV

répartition géographique. On commence à limiter en disant « On ne va pas au-delà d'une certaine limite. » Pour l'instant, on arrive à tenir le coup, mais on sent quand même qu'on est de plus en plus submergés. Les stratégies pour diminuer la charge de travail. Ça fait longtemps qu'on y réfléchit. L'idéal ce serait l'assistant de pratique. On y réfléchit, mais pour l'instant, on est plus dans une stratégie de locaux, on fait des travaux à côté. L'étape d'après, ce sera un assistant pratique pour pouvoir gérer plus d'aspects préventifs et certains examens complémentaires, des ECG, des spiro, etc, qui pourraient être effectués par un assistant de pratique. Ça, c'est les pistes.

Orateur 1 : Donc, assistant de pratique, vous entendez par là un ou une infirmière ?

Orateur 2 : Un ou une infirmière, tout à fait, qui peut gérer certains examens. On a déjà réfléchi, c'est un assistant de pratique, un assistant social ou une assistante sociale.

Orateur 1 : Donc, c'est élargir l'équipe.

Orateur 2 : Élargir l'équipe, mais pas spécialement vers des paramédicaux, parce que là, quelque part, on arrive à saturation. Je ne sais même plus, des assistants médicaux et psycho sociaux, on va dire. Un AS ou un assistant de pratique qui peut régler certains problèmes et décharger de ce fait là. Maintenant, nos secrétaires, elles encodent beaucoup de choses dans nos dossiers aussi. On peut essayer de se mettre à jour. Parce que tous les patients dans les homes, on n'est pas à jour dans nos traitements, parce que dans le home, tu as le dossier du home et puis tu as notre dossier. Donc maintenant, on a récupéré les traitements des patients, on demande aux secrétaires qu'elles ont encodent une partie, qu'elles encodent certains antécédents. Quand on vient d'une pratique où tout le monde a des dossiers un petit peu dans tous les sens, on essaie de mettre déjà nos dossiers en ordre.

Orateur 1 : Mais donc, on m'en a déjà parlé aussi de former des secrétaires. C'est quelque chose que vous avez fait alors ? Parce que c'est de base pas tellement leur rôle.

Orateur 2 : C'est pas tellement leur rôle, mais maintenant, on essaie justement avec elles de faire en sorte qu'elles mettent nos dossiers à jour. Je pense que la stratégie aussi, c'est dans l'informatique. Historiquement, tous les médecins, on a fait des transferts d'un programme médical à un autre, donc il y a des informations qui ont été récupérées et pas d'autres. Tu as

un peu du fouilli dans tes dossiers, donc il faut mettre ça à jour, et d'autant plus que tu travailles en équipe. C'est ça qui est important. Mais après, tu gagnes du temps.

Orateur 1 : Vous travaillez en pluridisciplinaire déjà avec une certaine équipe, est ce que ça, vous avez l'impression que c'est une stratégie pour diminuer la charge de travail aussi ?

Orateur 2 : Ça améliore la qualité de la prise en charge parce que t'auras toujours plus à faire. C'est chouette parce que ça amène beaucoup de choses, mais ça ne diminue pas pour autant la charge... Quelque part, c'est ramené vers la première ligne, des patients qui peut être seraient allés plus vite à l'hôpital, des choses comme ça, c'est d'avoir une psy, d'avoir un podologue. Les patients ne vont pas nécessairement aller voir l'orthopédiste. On a un podologue pédicure. Ça fait pas longtemps qu'il est là, mais on nous espérerait qu'il regarde nos pieds diabétiques, etc, on va avoir une meilleure prise en charge. Maintenant, on a pas assez de recul donc on peut pas vraiment voir une différence. Je suis pas sûr que ça va diminuer la charge de travail, mais ça va améliorer la qualité de la prise en charge.

Orateur 1 : Est ce qu'il y en a d'autres, des stratégies que vous voyez que vous avez déjà mis en place ici ?

Orateur 2 : C'est toute la difficulté. Des stratégies, quelque part, c'est d'accueillir des plus jeunes, mais à un moment, on ne peut pas repousser les murs. Et à un moment où tu as un problème de masse critique. On peut augmenter indéfiniment le nombre de médecins, mais ... En même temps, c'est chouette, mais je pense que beaucoup de médecins diront quand tu t'associes, tu te dis « Ça va, je vais pouvoir diminuer. » Mais finalement, tu ne diminues jamais, tu ne fais qu'augmenter parce que ça crée un appel d'air. On voit bien ici, on a des patients qui habitent beaucoup plus loin, mais les médecins ne savent pas les recevoir, donc ils viennent chez nous. À un moment, ça va être compliqué parce qu'on n'ira pas à domicile aussi loin. « Mais ce n'est pas grave, je viens. » C'est compliqué. Je pense que la stratégie d'augmenter le nombre de médecins, c'est chouette, mais ou alors, à un moment, tu dois dire « je limite », mais c'est difficile de limiter. C'est difficile de dire non.

Orateur 1 : On m'a beaucoup parlé aussi de l'éducation des patients. Mettre ses limites sur ce qui mérite une visite à domicile ou pas. Est-ce que c'est quelque chose que vous faites ici aussi ?

Orateur 2 : On essaie de limiter ça aussi. Je pense que d'une part, la pluridisciplinarité pourrait aider. On a commencé, mais c'est la collaboration avec les infirmiers. Et donc de nouveau, c'est dans l'échelonnement. Mais la difficulté, c'est que pour l'instant, on a déjà rencontré plusieurs fois les infirmiers de la commune pour essayer de travailler là-dessus. Mais ça, ce sera dans Les années à venir.

Orateur 1 : Donc plutôt aller vers les infirmières de pratique avancée avec une délégation de tâches plus importante ?

Orateur 2 : Une délégation de tâches plus importante. Nous travaillons avec des infirmières informellement. Donc ce qu'on essaie, c'est d'avancer avec elles sur des dossiers aussi un peu plus standardisés et des prises en charge plus standardisés. Mais ça, c'est la stratégie qu'on va mettre en place. De nouveau, on a le nez dans le guidon, donc on n'arrive pas à avancer là-dessus, mais on a déjà rencontré deux ou trois fois les infirmières de la région pour justement voir un peu comment est-ce qu'on pourrait progresser dans la prise en charge des patients. Mais à ce stade, on n'est pas encore à l'étape d'éducation, on est d'abord à l'étape collaboration. Comment est-ce qu'on collabore mieux ? Comment est-ce qu'on communique mieux ? Et puis, je pense que dans un deuxième temps, on pourra passer plus à l'étape éducation du patient.

Orateur 1 : Mais là, les infirmières dont vous me parlez, c'est des infirmières avec qui vous travaillez de façon informelle ?

Orateur 2 : Des infirmières de soins à domicile et qui ont l'habitude de travailler. Voilà, parce qu'on n'impose pas de travailler avec une infirmière plus qu'une autre. Mais c'est vrai si tu renseignes quelqu'un qui a l'habitude de travailler avec toi, tu sais qu'on va avoir un dossier qui va être bien fait, tu vas plus pousser à travailler avec. L'idée, c'est de dire aux infirmiers infirmières qui disent « Nous, on travaille comme on a envie » travaillez comme vous avez envie, mais peut être qu'on va moins travailler avec vous. Dans la maison médicale au forfait, là, c'est dans le contrat, c'est dans le deal. Tu dis « Je prends le docteur », ce sera l'infirmière... Nous, on est encore en pratique plus ouverte, donc c'est des choses qu'on essaie de mettre en place, mais avec des incitants. De nouveau, ce n'est pas formalisé.

Orateur 1 : Vous m'avez parlé dans les stratégies qui pourraient être mises en place, déjà le fait d'élargir le cabinet, ça, c'est une stratégie.

Orateur 2 : Oui, mais on se rend compte que quelque part, de nouveau, ça crée un appel d'air. Quand on fait comme ça une pratique de groupe, il faut un projet, il faut une unité de lieu et il faut une équipe. Et donc là, pour l'instant, on termine nos infrastructures. Le projet, il est déjà là, mais on essaie tout doucement de systématiser un peu plus les choses en se posant la question de l'assistante pratique et de la collaboration avec les infirmiers, les kinés, etc. Et ça, c'est la nouvelle voie du New Deal que propose... On verra, on en a discuté, mais ça ne va pas se mettre en place en un jour.

Orateur 1 : Et vous, vous en pensez quoi du New Deal, justement ?

Orateur 2 : Je pense qu'il y a des bonnes choses à prendre. Je pense que pour moi, ça, c'est la médecine générale dans les années à venir. Le problème, c'est que pour l'instant, t'as encore trop de pratiques différentes pour y arriver. Moi, je pense que votre génération peut être pourra y arriver plus facilement. Parce que si tu démarres une pratique de groupe et que tu dis « On va démarrer comme ça », ça va aller. Mais nous, on vient chacun de nos pratiques, on s'est déjà regroupé et c'est déjà un fameux pas. Mais par contre, je pense qu'un groupe qui se créerait maintenant, de plus jeunes, qui dit « On démarre et on démarre comme ça », ça ira beaucoup plus vite. Au-delà du New Deal, je pense que les aspects forfaits, les aspects éducation du patient, etc, je pense que ça, c'est vraiment super. D'une part, il y a un problème, c'est l'éducation des patients, ça ne va pas se faire en un jour. Ça, je pense qu' avant d'arriver à faire comprendre aux patients « Je ne viens pas vous voir pour prendre votre tension » Mais je pense de nouveau aussi, les mentalités évoluent. Moi, je vois bien, par exemple, des patients de génération plus jeune acceptent beaucoup plus facilement cette collaboration. Des patients plus âgés, c'est « C'est mon docteur, je ne veux voir que mon docteur. » Les plus jeunes sont plus facilement à dire « Je vais voir l'autre docteur, ce n'est pas grave et je reviendrai voir mon docteur plus tard » Je pense que ça passera plus facilement dans les années à venir. Ça, c'est une bonne chose. La grosse difficulté, d'une part, je pense que l'éducation des patients, il faudra du temps et aussi c'est comment tu vas intégrer les aspects financiers. Tu es toujours là, que le bât blesse. Oui, c'est sûr.

Orateur 1 : C'est vrai qu'il y a beaucoup de médecins qui m'ont parlé aussi de l'exigence des patients qui était croissante. Et on m'a parlé aussi des nouvelles générations de médecins. Donc, on peut faire un parallèle entre les anciennes générations et les nouvelles générations de médecins, pour vous, il y a aussi une différence dans les générations de patients ?

Orateur 2 : Oui, je pense, j'ai le sentiment malgré tout. On vieillit avec sa patientèle. Les patients plus jeunes ont plus peut-être de flexibilité. Encore que je pense que de nouveau, c'est important de garder l'idée de « mon médecin » et je pense qu'il faut garder un médecin référent, mais en même temps, pour voir des problèmes, je peux voir un médecin de l'équipe à partir du moment où il y a une collaboration en équipe. Donc ça, je pense que les mentalités évoluent. Et donc ce sera peut-être plus « un » médecin, mais ce sera peut-être l'infirmière ou l'assistant. C'est un gros travail, quand tu travailles en groupe, d'arriver à faire accepter aux patients et de dire « voilà, on collabore ». Je pense que c'est ça aussi, si tu arrives à montrer aux patients qu'il y a une collaboration qui est en train de se faire... Et donc de nouveau avec les infirmières, la première chose à faire quand tu fais un dossier, c'est comment est-ce qu'on communique. Si tu arrives à démontrer aux patients que vous avez peut-être vu l'infirmier ou l'infirmière avant hier, mais j'ai l'information et je sais ce qu'ils vous ont dit, ça va venir beaucoup plus facilement. Ça, c'est à nous à balayer devant nos portes parce qu'il y a un élément neuf. Ici, on a une présentation, le nombre de suhmer qui sont publiés, c'est lamentable. Par médecin. Oui, le nombre de médecins qui publient... Je pense qu'on est à 50 ou 60% de médecins qui publient des suhmer et il y a des zones où ils ont publié encore moins. Il n'y a quand même que deux médecins sur trois qui font des suhmer. Et encore, leur cut off, c'était dix suhmer par médecin. Ce n'est pas grand-chose. Au-delà du suhmer, je pense que le challenge dans tout ça, quelque part ça va être la fluidité de la transmission de l'information et de la collaboration, parce que tu n'es pas obligé de travailler exclusivement dans le même sens.

Orateur 2 : Une des stratégies pour vous, ce serait de faire un partage de dossiers, mais pas qu'entre médecins, mais peut-être qu'il y ait une accessibilité pour d'autres intervenants ?

Orateur 1 : Voilà. Mais, c'est un sujet très complexe parce que c'est bien beau de dire « il faut qu'ils aient accès à tout », mais maintenant, il faut quand même que le patient soit d'accord. Ça coince, mais en même temps, il faut quand même reconnaître qu'à la base, les médecins

XX

ne veulent pas partager leurs données. Ça, c'est clair et net. C'est quand même extrêmement compliqué. Il y a beaucoup de médecins qui disent « De toute façon, quoi qu'il arrive, mes données, c'est mon dossier et il n'est pas question de partager. » Je pense que ça va mieux. Maintenant, il faudra mettre beaucoup de conditions, etc, mais je pense qu'à partir du moment où tu arriveras à avoir une plus grande fluidité... Parce que accepter de donner tes données, c'est accepter que quelqu'un vienne mettre son nez dans ce que tu as fait. Donc ça, je pense que ça, c'est déjà une bonne stratégie. Je pense que c'est ça la stratégie quand tu as un assistant ou quand tu travailles en groupe, c'est d'arriver à démontrer aux patients que « oui, vous avez eu mon collègue, oui, je sais ce qu'il vous a dit." Ça, je pense que ça, ça va rassurer. À ce moment-là, tu vas pouvoir travailler sur l'éducation et je le dis, ce n'est pas grave si ce n'est pas moi. Ça peut être mon collègue en qui j'ai confiance, on peut avoir confiance et on se parle et on échange. Ça, je pense que ça pourra, je pense, diminuer la charge de travail. En tout cas, je pense que tu travailles toujours autant, mais tu travailleras différemment. Tu travailleras des choses de nouveau, peut-être plus intéressantes, faire de la prévention, des choses comme ça, parce que des trucs administratifs, etc, pourront être gérés autrement. Mais il y a rien à faire. À un moment, il faudra quand même des ressources humaines pour traiter. Tu pourras pas dire « Ah bon ? » C'est l'intelligence artificielle qui va le gérer. Parce que la santé, il n'y a rien à faire, c'est interpersonnel. Il faudra des gens derrière. Donc, il faut des ressources humaines pour tout lancer. Ressources humaines aussi bien médecins, mais peut être ressource humaine, AS, psychologue, etc. Il faudra des ressources humaines, il faudra des ressources financières et des ressources logistiques. Parce que c'est aussi la question du bâtiment, c'est la question du parking. Parce qu'il faut aussi une accessibilité pour les patients. Parce que c'est bien beau de dire « On va vous éduquer » ou même de nouveau, c'est aussi ça le problème géographique, il y a accès à un médecin et pas à 50 bornes. Ça aussi, c'est le gros challenge, c'est de créer des locaux accessibles, de proximité. Compliqué.

Orateur 1 : Vous en voyez d'autres des stratégies qui pourraient être mises à vous en place à votre échelle ou peut être plus largement ?

Orateur 2 : Je pense qu'il faut déjà capitaliser sur ce qui existe. Je pense qu'il y a beaucoup d'intervenants, mais on ne se parle pas assez. Donc ça, je pense que ça, c'est déjà la première chose, arriver à se parler. C'est un grand débat dans l'échelonnement des soins. Si tu me prends

ça, qu'est-ce que je fais ? Dans la délégation d'actes, quelque part, à un moment, les gens ont peur de perdre des sous. Si je délègue mon acte, comment est-ce que je vais gagner ma vie ? Donc, il faut travailler là-dessus, plus de communication. Mais je pense qu'à l'heure actuelle, il y a suffisamment de boulot pour tout le monde. Je pense que si tu échelottes convenablement, mais de nouveau, je pense que c'est à la première ligne à s'organiser mieux, à mieux communiquer, à mieux s'organiser.

Orateur 1 : Mais est-ce qu'il devrait y avoir quelqu'un qui encadrerait tout ça ?

Orateur 2 : Je pense qu'il faut un niveau au-dessus... Les médecins à (nom de ville) sont relativement organisés. Il y a un cercle qui fonctionne bien, il y a le (nom de réseau), il y a le (nom de réseau). Et quand tu regardes toutes les cartes des projets du New Deal, etc, (nom de ville), il y a une uniformité de territoire. Ailleurs, c'est morcelé, c'est terrible. Et donc les gens ne se parlent pas. Et ça, c'est plutôt de proxy santé, c'est les niveaux d'échelonnement dans le proxy santé. D'une part, je pense qu'il faut de la proximité, il faut des équipes qui se parlent. Il n'y a peut-être pas qu'un seul modèle dans le sens de la maison médicale au forfait, c'est une possibilité, mais je pense qu'il y a d'autres manières de fonctionner. Peut-être que le New Deal, c'est une porte pour ça, mais je pense que tu vas avoir du mal à faire rentrer des gens dans le New Deal. Pour l'instant, il y a trop d'incertitudes à la fois, quelles vont être les exigences, quels vont être les financements ? Que dire aux gens « Allez-y, engagez-vous » et puis ils vont dire « Je vais gagner combien ? » Donc ça, certainement, je pense qu'il faut pouvoir mettre des locaux à disposition. Ça, c'est toujours la bouteille à encre, c'est comment est-ce qu'on gère les locaux, à qui ça appartient.

Orateur 2 : Quand vous me parlez d'exigences, ce seraient des exigences auprès des médecins généralistes ?

Orateur 1 : Par exemple, dans le New Deal, tu vas avoir des critères de qualité, parce que quelque part, ce n'est pas une mauvaise chose, de nouveau. Mais je pense que quand tu dis aux gens, ils voient tout de suite le contrôle et la règle sur les doigts. Mais je pense qu'il va y avoir des exigences d'avoir une certaine qualité... Mais de nouveau, quand tu le lis, c'est flou. Il faut faire ça, il faut faire ça. De nouveau, deux médecins sur trois seulement peuvent publier des suhmer et encore, qu'est-ce qu'ils mettent dans leurs suhmer ? Ils mettent à moitié rien. Là, il y a moyen de faire des choses.

Orateur 1 : Vous avez encore des stratégies en tête?

Orateur 2 : C'est difficile, mais je pense qu'il faut quand même laisser la base. Si tu dis aux gens « Vous devez faire comme ça et c'est comme ça que ça va marcher », ça non. Si tu as quelqu'un qui arrive parachuté de haut dessus et qui dit « Maintenant, vous allez devoir travailler comme ça », ça ne marchera pas. Donc, je pense que la grosse difficulté, c'est quelque part permettre aux intervenants de première ligne de s'organiser et de dire « C'est ça dont on a besoin ». Tu vas leur dire « On va vous donner des sous, on va vous donner des trucs ». Le problème, c'est quand tu leur dis ça, de l'autre côté, il faut quand même qu'il y ait au-dessus une espèce de contrôle et de dire « Les objectifs, c'est d'arriver à ça. » Le problème, c'est que les docteurs, ils n'aiment pas trop ça. Quand tu leur dit « On va donner des sous, mais en contrepartie... » À ce moment-là, ils vont freiner parce qu'ils vont dire « Vous allez me donner des sous, mais derrière, vous allez venir contrôler ce que ce que je fais ». Or, à ce moment-là, je préfère faire ce que fais... Ça va être compliqué, mais il va bien falloir dire « On ne fait pas n'importe quoi, n'importe comment. Si on vous donne des subsides, c'est pour arriver à certains objectifs. » En fait, le problème, c'est que les objectifs, quand tu regardes... Globalement, c'est des objectifs raisonnables, mais c'est tellement flou que les médecins ont l'impression qu'on va venir les fliquer et leur dire « Vous devez faire ça, ça, ça. » Quelque part, les objectifs, ils les font déjà. Ils font de la prose sans s'en rendre compte. Ils sont déjà aux objectifs, mais ils ont tellement peur qu'ils disent « À ce moment-là, je reste comme je travaillais avant. »

Orateur 1 : Avez-vous l'impression que votre façon de travailler actuellement est un atout face à la charge de travail ?

Orateur 2 : Ma pratique est un atout, clairement, mais on se rend bien compte qu'ici, on doit encore adapter des choses. On arrive tout doucement à un problème de nouveau de masse critique. Notre idée aussi, c'est qu'il y a un échelonnement dans les âges, une pyramide d'âges. On ne va pas prendre cinq collègues en même temps. Il va falloir échelonner les arrivées. Et de nouveau, peut-être dans les prochains engagements, c'est plutôt aller vers des AS et des assistants de pratique pour décharger un peu tout le monde. À l'heure actuelle, c'est un atout, mais on se rend compte que pour l'instant la machine ne fait que s'emballer. Il faut qu'on arrive à trouver des solutions. Qu'est-ce qu'on va faire ? Parce qu'il y a plein de médecins qui arrêtent tous les jours et tout le temps les patients arrivent. Qu'est-ce qu'on va faire ? Donc, quelque

part, la solution, c'est qu'il puisse y avoir une structure pas la même que la nôtre, mais quelque part, une autre structure qui puisse s'installer à proximité, qu'au bout d'un moment, il y ait une autre structure qui fonctionne un peu de la même manière. Je pense qu'il ne faut pas imposer des modèles. Par contre, ce qui est intéressant, c'est que quand tu as créé quelque chose, que tu puisses faire partager aux autres, en disant « Nous, on a créé ça comme ça. » C'est ce que nous, on a fait quand on a décidé de s'associer. On a été voir d'autres médecins qui s'étaient associés. On a été voir trois ou quatre pratiques différentes et on a dit « Ça, c'est chouette, ça, on a envie. » On a repris des idées, mais on n'a pas fait strictement la même chose. Je pense que c'est ça qui est chouette. Je pense que l'avenir, c'est quand même des pratiques de groupe. Il n'y aura pas de modèle unique, mais par contre, ce qu'il faut c'est à la base une envie des gens de travailler ensemble et puis après, ils créent leurs pratiques et ils se donnent des balises. Mais je pense que malgré tout, au-dessus, il faudra peut-être dire « Essayer de visiter tels et tels objectifs », parce que sinon, tu travailles le nez dans le guidon.

Orateur 1 : Donc, c'est des deux côtés. Au-dessus, ils devraient venir voir comment ça se passe en dessous.

Orateur 2 : Voilà. Mais plus dans une optique de dire « On accompagne, on vous aide à créer quelque chose et puis on va venir vous contrôler. »

Orateur 1 : Vous vous sentez face à cette charge de travail en termes de satisfaction professionnelle ?

Orateur 2 : Fatigué. Fatigué, mais en même temps, il y a toujours bien un patient par jour qui te sauves ta journée. Dans le sens, il y a des jours où tout va mal. Et puis, tu as toujours un moment où tu te dis « Ça va là. Good job. » T'es content de toi même ou de l'équipe ou de quoi. Ce qui est chouette, malgré tout, dans le travail en équipe, c'est que tu décharges quand même plus facilement. Quand t'en as marre, tu sors de ton bureau, t'as toujours bien un collègue qui est là et tu sais pas ce qu'il est arrivé, tu déconnectes et tu te dis « Tu ne sais pas ce qui m'est arrivé », "moi aussi. » ou « Rassure toi », ou t'as la secrétaire ou t'as la psy. T'as toujours quelqu'un à qui tu peux soit te confier un problème, soit dire « Qu'est-ce que tu ferais ? », soit t'as le kiné ou tu donnes un coup de fil ou quoi. Ça, je pense que c'est ça qui est chouette quelque part, c'est que tu n'es pas enfermé. C'est vrai que nous, on vient à chaque

heure de pratique individuelle, donc on a gardé un peu une certaine autonomie. Mais en même temps, tu as une collaboration et tu peux décharger. C'est ça qui est chouette.

Orateur 1 : Il y a des moments de rencontre organisés ?

Orateur 2 : On fait des réunions toutes les semaines. Donc ça aussi, il faut consacrer du temps à ça. Mais il le faut, il n'y a rien à faire.

Orateur 1 : C'est vrai qu'il y a des médecins qui m'ont parlé de la planification, pouvoir se préparer à la demande par rapport à l'offre, ça prend aussi beaucoup de temps. Est-ce que ça, c'est vous qui le gérez ou c'est aussi le secrétariat qui s'en occupe ?

Orateur 2 : Oui, ça, c'est ça. C'est plus chaque médecin qui détermine un peu ses horaires. La plupart, chacun gère ses chroniques. Les secrétaires, elles gèrent plus l'aigu. Elles essayent de dispatcher un petit peu l'aigu. Le chronique, ça, c'est plus les médecins qui gèrent et qui donnent le tempo.

Orateur 1 : On a déjà beaucoup parlé de ce que certaines instances collectives devraient mettre en place. Est-ce qu'il y en a d'autres instances collectives, par exemple les universités, l'INAMI, qui devraient mettre en place certaines choses pour permettre de diminuer cette charge de travail ?

Orateur 2 : Je pense qu'au niveau des unifs, ça va mieux. Il y a vraiment un travail d'ouverture vers la médecine générale. Je pense que là, ils ont mis le paquet maintenant, tous les étudiants passent en médecine générale, donc ça, c'est pas mal. Je pense qu'il y a une bonne formation en médecine générale. Je pense que le gros problème, c'est les premiers IMPULSEO qui sont mal foutues. C'est une pratique de groupe, la route (nom de route). La route de (nom de route) n'est pas une zone impulseo, mais la rue d'à côté, elle est bien. Tu ne vas pas aller t'installer dans la rue d'à côté, donc ça, c'est mal foutu. Je pense que les autres instances, qu'est-ce qu'ils peuvent faire ? Ce n'est pas le tout de donner des sous. Je pense que on n'a pas besoin de sous, on a besoin plutôt de temps. Et pour avoir du temps, je pense que... En tout cas, le problème du moment, c'est le numérus clausus. Il y a pas assez de médecins. Je pense que ça, clairement, t'auras beau dire « On va vous donner de l'argent, on va vous donner... » Les médecins n'ont pas besoin de plus de sous. Ou alors, c'est le new deal, c'est donner de l'argent pour travailler autrement, pour pouvoir engager des assistantes sociales. Mais dire « On va

augmenter vos honoraires. » Ça va, je gagne bien ma vie. Je pense que ce n'est pas le problème. Le problème pour l'instant, c'est les ressources humaines. Soit plus de médecins. C'est les ressources humaines, mais donc un afflux financier, mais pour financer d'autres intervenants comme des assistants sociaux, par exemple, ou des assistants de pratique, ça, je pense que ça, ça va aider. C'est toute la question de la mobilité, de l'infrastructure dans les villes et les communes. Là, c'est plutôt par rapport au niveau de parking à (nom de ville), c'est avoir des bâtiments, c'est avoir de l'attractivité. Et l'attractivité, parce que c'est vrai que tu dis à quelqu'un qui n'est pas né à (nom de ville), tu vas travailler à (nom de ville), et tu lui dis... Les Bruxellois n'ont pas envie de venir à (nom de ville). À Bruxelles, tu as toute une vie sociale, une vie culturelle, etc. Mais là, c'est au-delà de l'aspect médical, c'est l'attractivité de la ville. Je pense que des infrastructures de fait mise à disposition des médecins, oui. Tu vois des bâtiments, des choses comme ça. De nouveau, la grosse difficulté, mais je pense que ça reviendra peut être avec le temps, c'est que beaucoup de médecins plus âgés ont investi dans leur brique. Donc leur dire « Sortez de votre investissement. » Quelque part, ils ont fait des plans de carrière, des plans de pension par rapport à leur cabinet médical. Donc leur dire « Vous allez intégrer une structure et si c'est flou au niveau... » Donc soit c'est prêté par la ville ou les médecins aiment bien avoir leurs trucs.

Orateur 1 : C'est Vraiment le fait que le jeune médecin puisse s'installer quelque part où il n'est pas lié..

Orateur 2 : Tu sais, une fois Moi, je m'étais dit « Les patients ne nous appartiennent pas. » Parce que tu peux aussi t'investir dans une pratique en disant « Je fais vivre la pratique, la pratique va grandir. » Et en même temps, la pratique, c'est aussi des briques. Si je suis investi dans la pratique et que j'ai un intérêt à maintenir mon bâtiment en bon état... C'est toujours le problème propriétaire/locataire. Si tu es propriétaire, tu vas l'entretenir, etc. Si tu es purement locataire, peu importe. Mais en même temps, c'est vrai que tu aurais des bâtiments qui sont entretenus, mais par tout le monde, parce que tout le monde se sent impliqué et où finalement, il faut qu'il y ait une fluidité, parce que c'est chouette qu'un jeune puisse arriver en disant « Voilà, je peux rentrer, il y a du travail, etc. ». Mais en même temps, si tu as une trop grande fluidité, quelque part, si tu n'en as plus envie, tu t'en vas et tu repars. C'est toujours la grosse difficulté. Si tu as une pratique où c'est purement tu viens faire tes heures et puis tu

t'en vas, ce n'est pas très épanouissant. Si tu as une pratique dans laquelle tu peux entrer dans la pratique, faire évoluer la pratique, continuer. Et quelque part, à un moment, une des manières de motiver aussi des gens, c'est de dire que si tu t'investis dans la pratique, tu peux partir... C'est un peu un système de coopérative où, en fait, quelque part, tu rentres, tu mets de l'argent, tu t'en vas, tu reprends ton argent et le but, ce n'est pas de faire fructifier ce que tu as mis. Ce n'est pas un fonds de pension. Une fois que tu es intégré, que tu dis « Je m'intègre », tu t'intègres, tu mets un certain capital et le jour où tu partiras, tu récupéreras ton capital. Mais par contre, l'idée, ce n'est pas « Les plus vieux ont mis des sous et dans dix ans, quand ils partiront, ils partiront avec deux fois parce qu'ils auront pris l'argent des autres. » Et ça, c'est très difficile, c'est trouver un roulement où tu es suffisamment impliqué et tu as envie de t'impliquer, mais ce n'est pas uniquement l'aspect financier, c'est aussi l'aspect humain, l'aspect projet, l'aspect plein de choses.

Orateur 1 : C'est ça aussi qui rend le métier attractif, en fait, plutôt que de rester tout seul.

Orateur 2 : La question primordiale, c'est la question du sens. Donner du sens à ce que tu fais. Si tu ne fais que voir des patients à longueur de journée prendre une tension, prescrire des médicaments, à un moment, tu te dis « Mais qu'est-ce que je fous ? » C'est ça que je dis, il y a toujours des gens où tu dis « Aujourd'hui, j'ai fait quelque chose de bien. »

Orateur 1 : Pour vous, cette façon que vous avez de travailler actuellement, c'est un facteur protecteur de cette question de sens, justement ?

Orateur 2 : Je pense que justement ça donne du sens de dire aux patients « On essaie de vous gérer de manière plus ou moins globale. » Et au niveau infi et on peut renseigner des infis avec qui on collabore. Au niveau kiné, on peut renseigner des kiné... Quelque part, il y a du sens et on peut progresser avec nos patients et en même temps, de temps en temps, se décharger parce que des fois, on en pète un câble. Mais en même temps, tu peux dire « Je ne suis pas là, mais je sais qu'il y a quelqu'un qui va être consciencieux et qui va s'occuper de mon patient parce que la fois d'après, c'est moi qui m'occuperai du sien. » Tu sais, avant, parfois, tu partais en vacances, tu disais « Tu veux bien me remplacer ? » Il n'y avait pas de partage de dossier. Quand il n'y avait pas de partage de dossier, c'était un peu comme en garde. Je ne dis pas que la garde ne travaille pas bien, ce n'est pas ça, mais de nouveau, c'est le partage de l'information.

Une pratique de groupe, ça donne du sens parce que quelque part, tu sais qu'il y a un réseau de confiance. Je pense que c'est ça qui est chouette.

Orateur 1 : Ok, ça m'amène à ma dernière question. Où est ce que vous pensez que vous vous situez en termes de charge de travail de 1 à 10 ? 10 étant le médecin qui est en burnout.

Orateur 2 : Je ne suis pas en burnout, mais je suis en charge maximale. Je dirais 8. Je ne suis pas en burnout parce que j'ai des échappatoires. Mais ça, c'est important aussi, c'est que je ne fais pas que de la médecine. Il faut pouvoir faire autre chose à côté. Mais le problème, c'est que quand tu t'appliques dans d'autres choses à côté, tu t'appliques aussi à fond. Il y a sa famille, il faut du sport, il faut d'autres choses.

Orateur 1 : Je vous remercie.