

La profession médicale, notamment généraliste, est en crise persistante et les perspectives ne sont guère rassurantes : à la crise qui frappe les soins primaires de façon profonde et durable et qui touche tous les pays industrialisés [1] s'associe une altération importante de l'état de santé des soignants et, par voie de conséquence, de leur capacité à assumer leurs tâches. Si les difficultés du système et celles des individus qui le constituent relèvent de niveaux logiques différents, elles interagissent et s'éclaircissent les unes par les autres. L'existence d'un taux élevé d'épuisement émotionnel chez les médecins libéraux français a donné lieu, depuis quelques années, à différents travaux et incité à la mise en place en juin 2005, d'un dispositif téléphonique d'aide et à une vaste enquête de l'URML Île-de-France en 2006. Cette série d'articles en synthèse les différentes caractéristiques et perspectives.

Burn out des médecins libéraux

1^{re} partie : une pathologie de la relation d'aide

Décrire les maladies ou les malades, voire les difficultés rencontrées pour les soigner, est encore acceptable. Centrer la réflexion sur notre façon d'habiter nos pratiques est à la limite tolérable. Reconnaître et accepter de travailler le fait que nous puissions nous aussi être porteurs des affections que nous soignons est un quasi-tabou que ni la collectivité ni les médecins n'abordent sans réticences. Pourtant, nos éventuelles maladies et souffrances influencent forcément notre manière d'assumer notre rôle de soignants. De même, notre qualité de médecin retentit forcément sur notre façon d'être malades et de nous soigner. La difficulté est encore plus grande lorsqu'il est question des éventuelles maladies liées à notre exercice professionnel, surtout si elles relèvent, non pas d'une infection ou d'un traumatisme, mais bien de l'acte de soigner.

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir – au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas non plus obligé d'en crever. »
Martin Winckler, *La maladie de Sachs*, POL, 1998.

« Burn out syndrom » : plus de 40 % des médecins

Le concept de *burn out syndrom* a été défini en 1972 [2] : certains professionnels impliqués dans une relation de soin étaient « parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles : sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ». Ce syndrome [3] comporte trois symptômes d'intensité proportionnelle au degré de burn out (une grille d'analyse en 22 items, le *Maslach Burn Out Inventory*, en encadré 1, permet de quantifier ces critères et de comparer diverses populations et différents moments) :

- un **épuisement émotionnel** marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable ;
- une réduction de **l'accomplissement personnel** : le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même en tant que professionnel et supportant donc moins les efforts qu'il doit faire pour surmonter son épuisement ;

Éric Galam

Université Paris 7
Association d'Aide
Professionnelle aux
Médecins Libéraux
(AAPML)
egalam@hotmail.com

Mots clés : exercice
professionnel,
maladie
professionnelle

– une tendance du soignant à **dépersonnaliser** ses patients ou clients qui sont vus de manière impersonnelle, négative, détachée voire cynique.

Encadré 1.

Maslach Burn out Inventory (MBI)

Chacun des 22 items doit être coté selon sa fréquence : 0 (jamais), 1 (quelques fois par année), 2 (une fois par mois), 3 (quelques fois par mois), 4 (une fois par semaine), 5 (quelques fois par semaine), 6 (chaque jour).

1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades
8. Je sens que je craque à cause de mon travail
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
12. Je me sens plein(e) d'énergie
13. Je me sens frustré(e) par mon travail
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail
20. Je me sens au bout du rouleau
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes

Le total des réponses 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 évalue l'épuisement émotionnel : faible (< 17), modéré (18 à 29), ou élevé (> 30) ;

Le total des réponses 5, 10, 11, 15, 22 évalue la dépersonnalisation : faible (< 5, modérée (6 à 11), ou élevée (> 12) ;

Le total des réponses 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 évalue l'accomplissement personnel : faible (< 33), modéré (34 à 39), ou élevé (> 40) ;

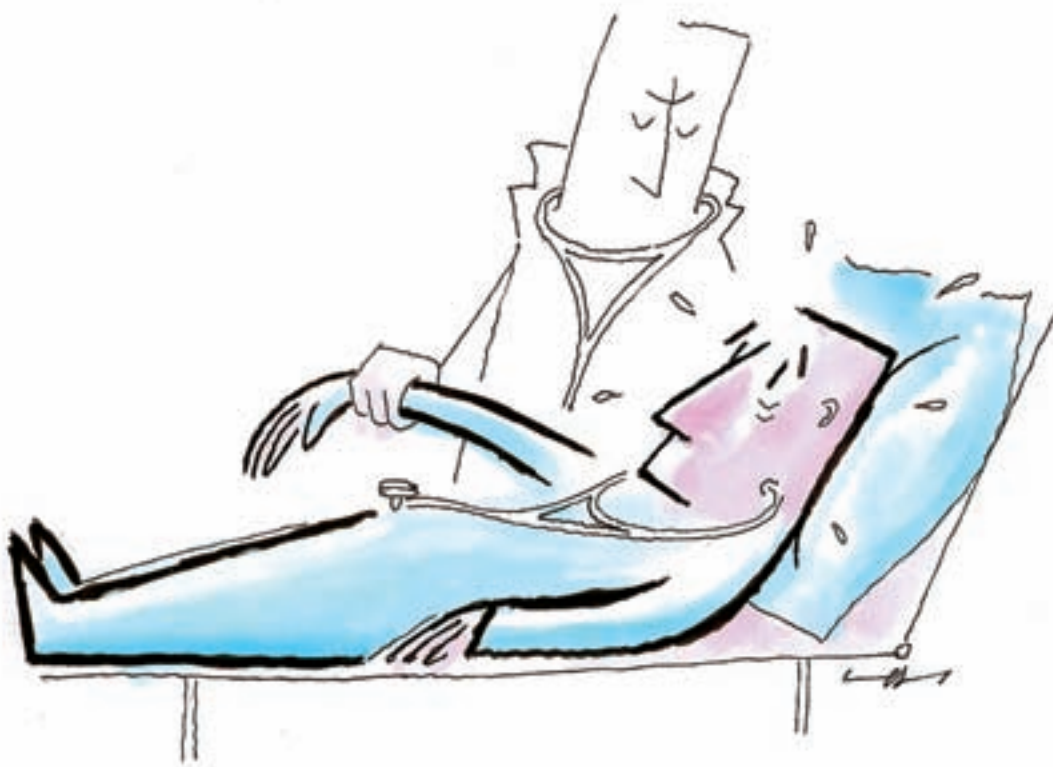
L'augmentation de l'épuisement émotionnel et sa conséquence, la tendance à voir ses patients comme des maladies, voire des objets sont proportionnels au degré de burn out. À l'inverse, un accomplissement personnel élevé est protecteur puisqu'il donne sens à l'investissement et le rend plus supportable.

En France, trois régions ont été étudiées sous cet aspect (Bourgogne 2001, Champagne-Ardenne 2002, et Poitou-Charentes 2004) [4-7]. En moyenne, les taux d'épuisement émotionnel sont élevés dans plus de 43 % des cas, une dépersonnalisation des patients élevée dans 40 % des cas également et un accomplissement personnel faible dans 30 % des cas. Ces taux sont, en Bourgogne, plus élevés que ceux d'autres professions d'aide comme les travailleurs sociaux, les pompiers ou les aides soignantes. Ils sont équivalents en Champagne-Ardenne et Poitou-Charentes à ceux retrouvés dans un échantillon de 3 982 médecins hollandais et un autre de 11 067 médecins américains. Une enquête organisée par l'URML auprès de 10 000 (24 % ont répondu) parmi les 24 000 médecins libéraux d'Île-de-France est en cours de dépouillement.

Une maladie professionnelle difficile à admettre

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) est d'abord une pathologie de la relation [8] : quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi-même, quelle « juste » implication dans le soin pour être présent mais à sa place ? Longtemps cantonné aux paramédicaux hospitaliers, le burn out n'a été étudié chez les médecins libéraux que depuis 2001, comme si imaginer qu'il pouvait les concerner directement relevait d'un tabou. Il faut reconnaître que ces données sont dérangeantes et tous, médecins compris, nous aspirons à les occulter. Tous, nous souhaitons continuer à croire que nous sommes indestructibles, que nous pouvons bien surmonter cela et que le malade, c'est l'autre.

Soumis à une charge de travail de plus en plus grande, les soignants sont confrontés à la frustration, au découragement, spirale dangereuse qui naît du déséquilibre entre ce que l'on veut faire, son engagement, et les moyens dont on dispose. Les « professions d'aide » ont en commun d'obliger les individus à soutenir en permanence une image idéalisée d'eux-mêmes dans des conditions de plus en plus difficiles. Le « faux self » est défini par Winnicott comme la façade polie de notre personnalité permettant d'entretenir des relations satisfaisantes avec notre entourage [9]. Éric Berne, fondateur de l'analyse transactionnelle, parle « d'enfant adapté soumis » représentant une part de nous-mêmes facilitant notre intégration à des groupes variés, nous permettant de nous imprégner des valeurs, rites, codes et habitudes et de nous fondre dans une communauté d'individus [10]. Il définit également des injonctions plus ou moins contraignantes que nous traînons dans notre vie notamment notre vie professionnelle, pour les médecins : « Sois fort ! » et « Pense aux autres ! ». Lorsque le faux self envahit le vrai et que « la coquille se substitue au jaune et au blanc », alors commence le tableau pathologique. En outre, les soignants sont supposés portés par une vocation qui tend à disparaître, laissant le public désemparé et les soignants « nus », sans protection et sans les bénéfices secondaires qu'elle apportait en termes d'admiration et de reconnaissance.



Centré sur son patient et à l'écoute de la collectivité, le médecin est au cœur du soin, mais à condition de « fonctionner » correctement et de ne pas perturber le soin avec ses problèmes « personnels ». Il doit se consacrer à ses patients, être humain mais pas trop (le malade c'est l'autre), être ouvert à l'accompagnement et à la discussion mais aussi tout puissant puisqu'il a accès au corps et à l'intimité psychique. On attend de lui qu'il soit en bonne santé : si jamais il lui arrive d'être malade, cela ne doit pas être perceptible aux yeux de ses patients et de la collectivité qui risqueraient alors d'être inquiétés voire désemparés. Un médecin malade est en quelque sorte un « traître » aux critères d'exigence qui fondent son entrée dans la confrérie. De plus, le médecin

craind d'être ridiculisé voire discrédité s'il avoue ses difficultés de santé surtout si elles relèvent du psychisme.

Enfin, le soignant libéral se retrouve seul face à sa souffrance, seul face à une multiplicité de malades dont il ne peut se décharger sur personne. Être seul, c'est renoncer aux vacances, aux temps forts familiaux... et c'est aussi n'avoir pas « le droit » d'être malade.

Tous ces éléments rendent difficile l'accès aux soins, auxquels le médecin est pourtant familier. Le médecin ayant le plus souvent recours au déni, aux addictions, à l'automédication et en désespoir de cause aux consultations « à la sauvette » auprès d'un ami, entre 2 portes. Il supporte, compense, jusqu'à ce qu'il finisse par craquer...

Références :

1. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Médecine générale en crise : faits et questions. *Médecine*. 2006;2(5):223-8.
2. Freudenberg H., 1974, Staff burn-out, *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
3. Maslach, C, Jackson, SE – Maslach Burn Out Inventory. Palo Alto: Consulting press; 1996.
4. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne ; 2002. Sur http://www.urml-ca.org/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf
5. Truchot D. Enquête Bulletin Ressources N° 1. URML Bourgogne Janvier 2002.
6. Zeter C. *Burn out*, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse Méd]. Poitiers: Poitiers Univ; 2004.
7. Truchot B. Épuisement professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions Paris: Dunod; 2004.
8. Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses. Paris: Masson; 1998.
9. Winnicott D. Jeu et réalité. Paris: Folio; 2006.
10. Berne E. Que dites-vous après avoir dit bonjour ? Paris: Tchou; 2006.

Prochaines parutions :

2^e partie : l'identité professionnelle du médecin en question.

3^e partie : des conséquences pour les médecins comme pour leurs patients.

4^e partie : l'Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux.

L'auteur est médecin généraliste, Maître de conférence de médecine générale à l'université Paris 7, coordonnateur de l'Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML).

Conflits d'intérêts financiers à propos de cet article : néant.

Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser à l'auteur : egalam@hotmail.com