

Après les deux précédents articles¹ montrant combien le *burn out* des médecins traduit une pathologie de la relation d'aide et une remise en question de l'identité professionnelle même du médecin, ce troisième volet en montre les conséquences pour les médecins comme pour leurs patients.

Burn out des médecins libéraux

3^e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients

Conséquences directes

Sur la qualité des soins

Un médecin réticent ou souffrant ne peut être un bon soignant. Dans l'étude de Bourgogne [1], 33 % des médecins interrogés reconnaissent avoir tendance à ne plus voir leurs patients comme des personnes (dépersonnalisation). Les médecins déprimés étaient souvent réticents à l'idée de consulter et reconnaissent être directement influencés dans leurs décisions. Dans une enquête similaire en Champagne-Ardenne [2], 44,5 % des médecins avaient même « *des attitudes très négatives avec leurs patients* ». Enfin, les arrêts de travail répétés des médecins souffrants cumulés avec l'insuffisance du nombre de médecins libéraux entraînent souvent, pour leurs confrères de proximité continuant à travailler, un risque important de *burn out* pour eux-mêmes, ces médecins voyant leur charge de travail augmenter considérablement de par la récupération de la clientèle de leur confrère souffrant. Ainsi, la qualité des soins qu'ils doivent apporter aux patients ne peut que se dégrader également. Il a été montré que le stress pouvait entraîner une baisse de la qualité des soins (50 %), des manifestations d'irritabilité (40 %), des erreurs n'occasionnant pas la mort (7 %) ou l'occasionnant (2 %), ainsi que des examens et traitements inappropriés, des abus sexuels et des comportements pathologiques [3].

Les conséquences du *burn out* sont nombreuses tant au niveau individuel (état dysphorique, troubles somatiques atypiques, troubles du sommeil, asthénie, addiction, divorce, suicide...) qu'inter-individuel (irritabilité, distanciation interpersonnelle, prise en charge défectueuse des patients, conflits...) et collectif (absentéisme élevé, inefficacité, appréhension devant les responsabilités...) [4]. Le stress chronique est responsable de dépression chez 27 % des généralistes français en 1994, 29 % des généralistes canadiens [3]. Comment dans ces conditions attendre des médecins qu'ils se mobilisent pour maîtriser les dépenses de santé ou mettre en œuvre les référentiels de bonne pratique alors que l'accentuation de la pression administrative aggrave d'autant le sentiment d'insécurité et d'injustice et par là même, le *burn out* ?

Outre ce retentissement sur la qualité des soins et la sérénité du médecin, l'existence d'un fort taux d'épuisement professionnel a des conséquences financières : les journées indemnisées par la CARMF, qui concernent les arrêts de plus de trois mois, ont fait un bond de 12 % en 2001 et de 6,5 % en 2002, au total 1 435 médecins libéraux en 2002 soit 30 % de plus que 3 ans auparavant. En 2002, environ 700 médecins libéraux âgés de 53,4 ans en moyenne ont reçu une pension d'invalidité permanente (+ 5 % par rapport à l'année précédente), souffrant principalement de maladies psychiatriques (40 %), de problèmes cardiovasculaires (17 %), de pathologies neurologiques (11 %), de traumatismes (8 %) et de cancers (8 %). L'incapacité temporaire et l'invalidité frappent plus durement les libéraux pour qui, à l'isolement psychologique, s'associent les difficultés financières, la perte

Éric Galam

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

Mots clés :

démographie
médicale, exercice
professionnel,
qualité des soins

1. *Médecine*, novembre et décembre 2007.

soudaine de revenus s'accommodant mal avec les charges fixes [5].

Sur la démographie médicale

Plus du tiers des généralistes en situation de *burn out* élevé souhaitent arrêter d'exercer dans une étude en Poitou-Charentes [6]. Les relations avec les patients, les comportements de ceux-ci, les risques, l'organisation de la pratique, les conflits professionnels étaient autant de facteurs qui augmentaient le désir de reconversion, chez les femmes plus que les hommes (50 % *versus* 34,10 %), mais les autres caractéristiques personnelles et professionnelles ne sont pas significativement différentes d'un groupe à l'autre. Une variable modératrice par rapport au *burn out* a pu être isolée : le support social que constitue l'aide confraternelle. Au total, 4,22 % des médecins souhaitent changer de métier dans l'année, 32,53 % sans fixer de date. L'organisation du travail était la raison la plus évoquée par ceux qui souhaitent changer (85,8 %), puis le revenu (67,5 %), mais pas la charge de travail objective (nombre de demi-journées ou d'heures travaillées par semaine, nombre d'actes par jour et par an, nombre de gardes par mois). Ce qui influençait l'envie de changer de profession était la charge de travail perçue, les différents stressés qualitatifs. Les chiffres étaient plus élevés encore dans une enquête en Île-de-France où 51 % des généralistes exprimaient leur volonté de quitter le métier s'ils en avaient eu la possibilité [7].

Les conséquences démographiques de cette situation ne sont pas étonnantes. Une enquête du conseil national de l'Ordre [8] montrait que 62 % seulement des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en tant que généralistes exercent cette discipline à plein-temps. Il existe en France de véritables « déserts médicaux » avec des conditions d'exercice particulièrement difficiles pour les médecins qui acceptent d'y exercer. On imagine les conséquences dramatiques de maladie ou de départ de l'un des médecins dans une région où les médecins sont déjà peu nombreux et en surchauffe.

Les perspectives ne sont malheureusement pas plus réjouissantes. Près de 2 000 postes de médecine générale n'ont pas été pourvus à l'issue de l'examen national classant des 3 dernières années. Dans une enquête faite en 2005 chez les internes de médecine générale lors du choix des stages d'Île-de-France [9], 692 questionnaires exploitables montraient un taux élevé d'épuisement émotionnel chez 24,1 % des internes, une dépersonnalisation élevée chez 42 % et un accomplissement personnel bas chez 48,6 % d'entre eux. Selon une enquête du CREDES [10], les médecins hommes s'installent de plus en plus tard : à 31 ans dans les années 1980, 34 ans dans les années 1990, 35 ans en 2001. Une enquête menée par l'URCAM-Île-de-France en 2002 [11] a montré que l'âge moyen d'installation des médecins en Île-de-France est de 40,5 ans. Selon l'enquête CREDES, si l'on considère l'ensemble des omnipraticiens ayant cessé leur activité libérale entre 1979 et 2001, la durée moyenne d'exercice est de 22 ans. Pour la cohorte des médecins installés entre 1980 et 1984, 20 % ont cessé leur activité libérale en tant que généraliste après 18 années d'exercice. Pour ces médecins une cessation sur 10 a eu lieu au bout de 8 ans de carrière. Une thèse de médecine présentée à Reims en 2003

[12] soulignait le mal-être chez la moitié des étudiants en fin de cursus, qui se traduisait par une évolution de leurs motivations initiales et une remise en cause de leur choix de carrière. La cause principale de ces problèmes était liée à la relation avec le malade et la maladie. Chez les étudiants, c'était à l'occasion du premier contact avec le patient en DCEM 2, puis lors de l'implication plus forte dans la prise en charge des réalités en TCEM 1. Chez les généralistes, l'évolution de la pratique avec ses conditions d'exercice intervenait en partie, surtout en raison de la plus grande information du patient, aboutissant à de nouvelles exigences.

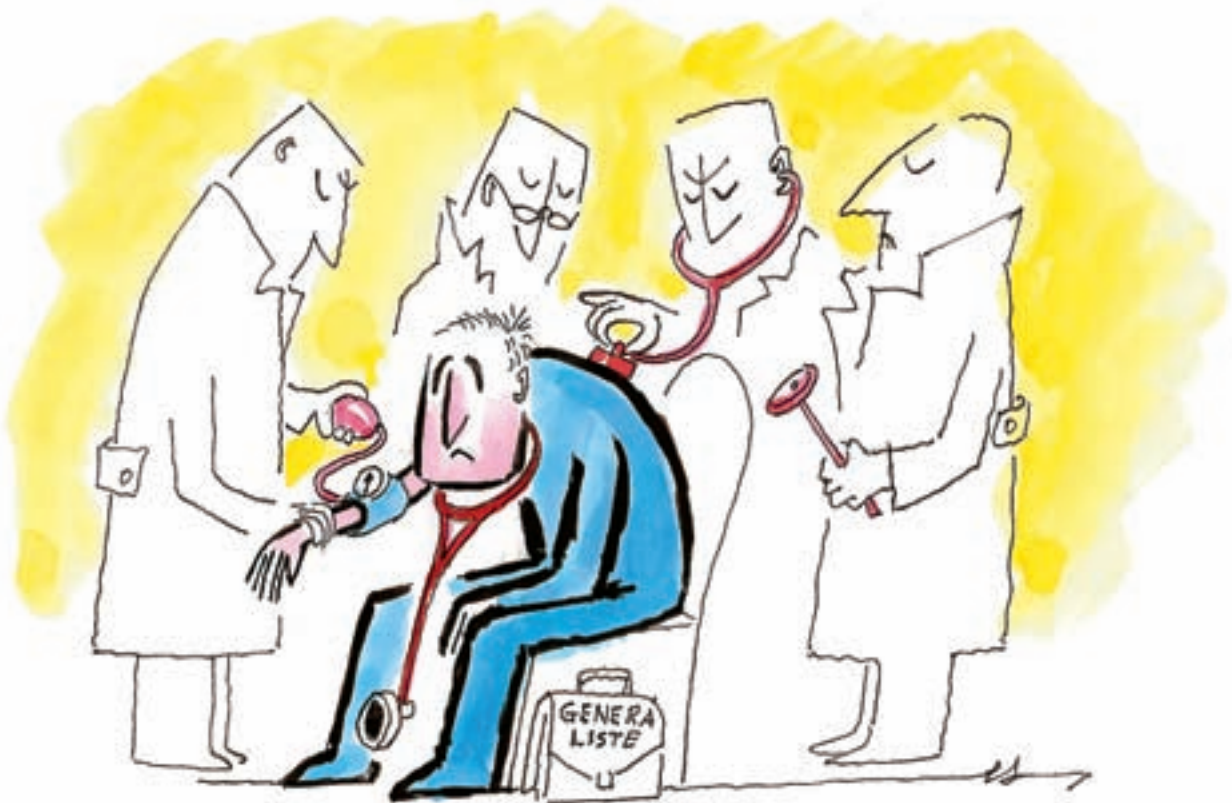
Évolution à court terme

Entre 2001 et 2004, le *burn out* des médecins généralistes de Poitou-Charentes est resté élevé, quel que soit le critère de comparaison considéré : échantillons normatifs de référence, comparaisons avec d'autres groupes professionnels [7]. Toutefois, par comparaison avec les deux précédentes enquêtes, l'auteur constate une modification dans la structure de ce syndrome psychologique. L'épuisement émotionnel, la dimension liée au stress et à la dépression, tendent à diminuer significativement, même si les scores demeurent élevés, semblant évoluer vers le ressenti d'une moindre tension. Paradoxalement, il semble y avoir augmentation de la dépersonnalisation, sans doute résultat de facteurs multiples. Le changement des attitudes des patients est perçu de plus en plus négativement par les médecins, qui leur reprochent en particulier de devenir des « consommateurs de médecine ». Parallèlement, on observe une moindre motivation à s'engager socialement, et un désir de se replier sur la sphère privée. Ces tendances se dessinent sur un fond de changements sociaux majeurs : altération de l'image et de l'autorité des professions médicales, individualisme grandissant, etc., qui peuvent annoncer de nouvelles modalités relationnelles entre les médecins et leurs patients.

Prise en charge

En France

« Les médecins libéraux, du fait de leur côté indépendant, ont tendance à rester tout seuls dans leur coin : ils savent mais n'osent pas se faire soigner » fait remarquer Gérard Grillet, trésorier de la CARMF et responsable du contrôle des dossiers avant indemnisation [5]. Il l'explique par la peur du *qu'en dira-t-on*, surtout en province, où tout se sait très vite malgré le secret médical, regrettant l'impossibilité de consulter anonymement comme les confrères espagnols de Catalogne. Toutes disciplines confondues, certains médecins continuent de travailler malgré un état dépressif, et des demandes d'aide financière parviennent à la Commission d'entraide de l'Ordre National des Médecins de la part de médecins en perte de clientèle : « des praticiens libéraux dont la profession est dévalorisée, qui sont déprimés, mais qui n'osent consulter personne, car ce sont des confrères » [13].



Contrairement à l'entreprise où se développent des dispositifs d'écoute pour cadres stressés, voire des consultations spécialisées, la profession médicale commence seulement à prendre conscience de la situation et à envisager des mesures pour en limiter les conséquences.

« La profession médicale présente des risques particuliers, notamment psychologiques : la spécificité de la relation d'aide... entraîne un stress contre lequel une réaction de défense commune semble être un accroissement de la charge de travail, qui par elle-même est un facteur de stress. Ce stress influe négativement sur la qualité du travail des médecins. Cette altération de la pratique est en lui-même un stresseur. De plus, une moindre efficacité au travail en augmente la charge. Ce cercle vicieux ne peut être brisé que par une information des praticiens, mais aussi par un véritable système d'aide aux médecins, la meilleure aide étant une entraide... Nous avons besoin de quitter une culture qui encourage les médecins à cacher leur détresse et leurs difficultés pour une culture où nous apprenons à les partager et à demander de l'aide » [3].

La réflexion anonyme de ce généraliste interrogé par l'URML Champagne-Ardenne pour son étude sur le *burn out* résume bien la situation [2] : « Je n'ai jamais pu consulter de confrère parce que je les connais tous trop bien et que je ne tiens pas à voir mon nom circuler dans la CPAM de mon département. » Le Dr Nathalie Prieto, psychiatre et spécialiste de victimologie, va même plus loin : « S'il existait une structure, les médecins n'iraient pas », bien que ce psychiatre ait rencontré plusieurs médecins dans cette situation : « Ils consultent souvent à la suite d'une agression. Et là, toutes les conditions de travail ressurgissent. Mais après, ils ne reviennent plus. »

Lorsque des structures sont mises en place en France, elles ne sont absolument pas adaptées aux médecins. Ainsi, le service Croix Rouge Écoute, service d'aide et de soutien psychologique par téléphone créé en 1988, n'est pas adapté spécifiquement à cette problématique. L'une des rares structures susceptible de soutenir les médecins en difficulté, la Commission d'entraide du Conseil National de l'Ordre des Médecins, n'apporte pas d'aide psychologique, contrairement à ce qui existe déjà à l'étranger.

Il faut d'ailleurs souligner que soigner un confrère n'est pas une mince affaire et suscite peu de motivation. Relevant de registres bien sûr différents, le soin d'un médecin à un confrère malade, le met dans une difficulté du même ordre que celle du soin à ses proches. Cette dernière situation trouve plus facilement solution puisqu'il existe toujours un médecin sans lien affectif pour soigner un proche de médecin, même s'il en résulte pour le soignant un abord spécifique : comment se positionner vis-à-vis du confrère ? Le soin d'un médecin à un confrère est certes en principe moins impliquant mais reste délicat.

Et ailleurs...

En Espagne, l'Ordre des Médecins de Barcelone a, en 2001, posé les bases d'un « programme d'attention aux professionnels de santé avec des problèmes mentaux et des conduites addictives » [14]. L'institution ordinaire recommande une facilité d'accès aux soins pour les médecins, le droit à la confidentialité et le développement de la recherche en matière de santé mentale en relation avec les conditions de travail du corps médical. En Catalogne, 10 % des médecins connaissent au cours de leur vie professionnelle, un ou plusieurs

épisodes de troubles psychiatriques et/ou de dépendances (alcool, drogue, médicament). Le médecin malade n'est pas un malade comme les autres. Le collège de l'Ordre des médecins de Barcelone a donc mis au point un *Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade* (PAIMM) qui s'appuie notamment sur une unité clinique de 133 chambres individuelles, encadrée par une équipe médicale comportant un psychiatre, un alcoologue, 5 spécialistes, 2 consultants, 3 médecins prenant des tours de garde, 3 psychologues, 4 infirmières et 3 aides soignantes.

En Grande-Bretagne, une enquête de 1999 [15] montrait qu'un grand nombre de praticiens ont pris l'habitude de soigner eux-mêmes (70 % des 1 150 généralistes et consultants des centres de santé du Sud-Ouest de l'Angleterre pratiquaient l'automédication), d'où l'idée de créer des cabinets de consultation réservés aux médecins, ainsi qu'un « *National Counseling Service for Sick Doctors* ».

Au Canada, l'Association des Psychiatres du Canada (APC) a émis dès 1997 une série de recommandations devant régir la prise en charge des médecins atteints de maladie mentale [16]. Elles postulent que tout praticien présentant des symptômes d'affection psychiatrique devrait être évalué sans tarder de préférence par un psychiatre qui n'est ni un ami, ni un collègue. Le psychiatre doit être aussi conscient « *qu'un médecin atteint de maladie mentale a tendance à nier, à minimiser, à rationaliser ses symptômes et ses agissements* ». Enfin, il faut exhorter le médecin patient à se trouver un médecin de famille le plus vite possible. L'APC insiste sur l'importance que revêt le respect du secret professionnel dans le

traitement d'un médecin. Elle préconise que « *dans toutes les provinces, des psychiatres siègent aux comités voués au bien être des membres du corps médical* » et prône l'organisation, à l'échelle provinciale, de « *groupes de soutien* » pour les psychiatres qui traitent des professionnels de santé. En 2000, l'APC a réclamé un « *réseau national de psychiatrie pour aider les médecins atteints d'épuisement professionnel* ».

La France est donc à ce jour considérablement en retard sur le traitement du *burn out* des médecins libéraux par l'absence de mise en œuvre d'un dispositif concret d'accompagnement et de soutien des médecins libéraux en difficulté. Ce retard est aujourd'hui dénoncé par le Comité permanent des médecins européens (CPME), association internationale basée à Bruxelles (Belgique) et principal organe de réflexion, de concertation et de négociation de la profession médicale européenne, représentant plus d'un million de médecins, dont les recommandations préconisent en effet de « *veiller aux professionnels de santé [...] au moyen de services spécifiques* » [16]. Nous reviendrons dans la dernière partie de cet article sur l'initiative de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) créée en 2004.

L'auteur est médecin généraliste, Maître de conférences 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 tous renseignements complémentaires, s'adresser à : egalam@hotmail.com

Références :

1. Truchot D. Enquête Bulletin Ressources N° 1. URML Bourgogne Janvier 2002.
2. 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_out_medecin_ca.pdf
3. Combot A. Conséquences du stress chronique chez les médecins généralistes. Communication au Colloque de Brest d'Avril 2004, à partir de différents travaux (Caplan, Thomassen, Firth-Cozenz, Shapiro). Disponible chez l'auteur.
4. Desgranges JP. Évolutions prévisibles pour la médecine générale. Communication au Colloque de Brest d'Avril 2004, à partir de la thèse d'E. Robert sur le *burn out* dans l'arrondissement de Dinan en 2001 (disponible chez l'auteur).
5. CARMF. Nature des affections des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité. Informations CARMF N° 49 novembre 2002. Sur <http://www.carmf.fr/Publications/infocarmf/49-2002/infocarmf49.htm>
6. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse Méd]. Poitiers: Poitiers Univ; 2004.
7. Galam E. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux. URML, Île-de-France, juin 2007. Disponible sur : www.urml-idf.org/Public/
8. Kahn-Bensaude I. Démographie médicale Les spécialités en crise. Rapport de l'Ordre des médecins. Étude N° 38-2. Décembre 2005.
9. Guinaud M. Évaluation du *burn out* chez les internes en médecine générale et étude des facteurs associés [Thèse]. Créteil: UFR Médecine; 2006.
10. Lucas-Gabrielli V, Sourty Le Guellec MJ. Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Questions d'économie de la santé IRDES. 2004; 81.
11. URCAM Île-de-France. Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux. Mars 2002. Sur http://www.ile-de-france.assurance-maladie.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/gestionRisque/organisation_offre_soins/medecins_liberaux/medecins_liberaux.pdf
12. Leroy-Corbon J. Les études de médecine générale : du rêve à la réalité [Thèse]. Reims: UFR Médecine; 2003.
13. Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins. Octobre 2003.
14. Fundacio Galatea. PAIMM. Sur <http://paimm.fgalatea.org/fra/filosofia.htm>
15. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ* 1999;319:605-8.
16. Sur http://www.psy-desir.com/textes/spip.php?article998&var_recherche=medecin%20maladie%20mentale