

Ce quatrième volet<sup>1</sup> propose, à partir de l'expérience réalisée en Ile-de-France depuis 2005, quelques éléments de réponse à ce difficile problème. Si la profession commence timidement à s'en saisir, elle ne le fait qu'avec appréhension voire réticence. La tentation de minimalisation, voire d'occultation, est toujours présente. Cette attitude – proche du déni – peut aussi s'exprimer par une « personnalisation » du problème qui ne toucherait que des individus particuliers, ce qui est recevable mais n'épuise en aucun cas la question d'une véritable « pathologie du système de soins ».

# Burn out des médecins libéraux

## 4<sup>e</sup> partie : un problème individuel, professionnel et collectif

---

**Un numéro d'appel : 0826 004 580**

L'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML), créée en 2004, a bénéficié d'un financement public<sup>2</sup> à hauteur de 273 000 €, qui lui a permis de mettre en place, depuis le 1<sup>er</sup> juin 2005, ce numéro de téléphone dédié, anonyme et gratuit, fonctionnant 24 heures par jour et 365 jours par an. Les problématiques envisagées par l'association sont résumées dans la *figure 1*.

Le dispositif permet à tout médecin libéral d'entrer un contact avec un psychologue clinicien de la société *Psy*, spécialisée dans la prévention, la prise en charge et la gestion des troubles psychologiques liés au travail. Le médecin appelant peut, s'il le désire, lever son anonymat ou, tout en le maintenant, rappeler le service jusqu'à 5 fois de suite. C'est une structure de premier recours qui peut s'accompagner d'orientations adaptées pour les cas graves ou trop complexes ne pouvant être résolus par téléphone.

Une grille de recueil est systématiquement remplie par les psychologues après chaque entretien. Elle fournit des informations non seulement sur les appels

eux-mêmes (jours et heures, durée) mais aussi sur les caractéristiques des appelants, leurs demandes et donc l'épidémiologie des pathologies professionnelles des médecins. De plus, l'accès à la pathologie des médecins permettra un éclairage de leur fonctionnement « normal », la pathologie, sa description et son traitement permettant aussi la compréhension de la physiologie. On comprend que s'ouvre alors le large champ de l'optimisation des pratiques médicales avec un éclairage très fécond sur les meilleures façons de mettre en œuvre les référentiels pour la pratique clinique, l'évaluation des pratiques professionnelles, la formation médicale continue, la qualité des soins.

Le dispositif a été évalué par audit externe. Plus d'une centaine de médecins ont eu recours à la plate-forme en un an d'activité. Durant sa première année de fonctionnement, le taux de recours à la cellule d'écoute a atteint 0,72 %. Grâce à une communication plus régulière, plus étendue et appuyée par les institutions représentatives des différentes catégories professionnelles (conseil de l'ordre, fédération, syndicats, URML...), chaque professionnel de santé libéral devrait avoir connaissance de l'existence de ce service afin de permettre aux soignants en difficultés, les plus isolés d'accéder à cette aide.

L'AAPML envisage d'étendre son dispositif à tout le territoire et aux autres professionnels de santé notamment infirmières, dentistes, kinésithérapeutes, etc. Près de 290 000 professionnels de santé libéraux sont ainsi concernés, parmi lesquels 114 000 médecins libéraux. Pour un effectif potentiel approximatif de 1,5 % de recours au dispositif, on peut estimer à 4 300 le nombre d'appels par an.

L'AAPML développe également d'autres actions de formations, de communication ou d'échanges notamment à partir de son site internet ([www.aapml.fr](http://www.aapml.fr)).

---

1. Voir les précédents numéros de *Médecine* : novembre et décembre 2007, janvier 2008.

2. Par le fonds d'assurance qualité des soins en ville (FAQSV) d'Ile-de-France. Ce dispositif a reçu le soutien de l'URML Idf et bénéficie de partenariats avec les réseaux VICTIMO (réseau de santé visant à améliorer la prise en charge des patients ayant subi un traumatisme psychique) et MORPHEE (réseau permettant une prise en charge optimale du patient porteur d'un trouble chronique du sommeil).

Éric Galam  
Université Paris 7  
egalam@hotmail.com

**Mots clés** : exercice professionnel

DOI : 10.1684/med.2008.0246

## Quelles sont les autres actions nécessaires ?

### Au niveau individuel

La réduction de charge de travail est-elle une stratégie défensive permettant de réduire le *burn out* ? Plusieurs auteurs suggèrent qu'il est atténué non par une attitude distante, un désengagement du travail, mais au contraire par un engagement effectif (voir les articles précédents dans *Médecine*) : l'engagement social et professionnel élevé est associé significativement à un moindre *burn out*, au fait de ressentir davantage des sentiments d'équité et à une moindre envie de quitter la profession [1]. Par exemple :

- Accorder une plus grande importance au fait de s'engager « dans des actions contribuant à l'amélioration du système de santé », ou « dans une relation qui apporte au patient des informations, explications » (etc.) est associé statistiquement à un faible *burn out*.
- La charge de travail objective (c'est-à-dire son amplitude horaire) élevée est également associée à un moindre *burn out* et à des relations avec les patients perçues comme plus équitables.
- En revanche, le nombre d'actes réalisés contribue à accroître le *burn out*.

La prévention consiste d'abord à reconnaître les facteurs du stress professionnel et les atténuer, puis agir sur la charge

et la nature du travail, la protection des médecins, et de les inciter à développer leurs loisirs et préserver leur vie privée. La formation permettrait d'aider les praticiens à assumer les difficultés liées aux soins (annoncer une mauvaise nouvelle, assumer une erreur, gérer des contraintes multiples...). Elle devrait également les aider dans leur gestion administrative. Elle gagnerait à se déployer dès le début et tout au long des études médicales pour accompagner les futurs médecins et les aider à se positionner dans leur vie professionnelle.

### Au niveau de la profession

La prise en charge consiste à développer des structures d'écoute, d'accompagnement, d'échanges entre pairs, ainsi que des consultations spécifiques et adaptées. Elle implique de former les médecins à soigner leurs confrères. Elle nécessite le développement de dispositifs d'aide juridique, de protection et de répression face aux atteintes à la sérénité professionnelle des médecins.

### Au niveau de la collectivité

Même s'il peut exister des situations spécifiques, le *burn out* est aussi une affaire collective. Cette crise a par ailleurs donné lieu à un rapport publié dans la Revue Médicale de l'Assurance *Maladie* [2], un autre dans le bulletin de l'Ordre des médecins [3]. Cette situation relève donc bien d'une prise en charge des sujets atteints mais aussi de dispositifs de prévention et de mesures collectives visant à améliorer les conditions d'exercice des médecins (figure 1). Lié au soin

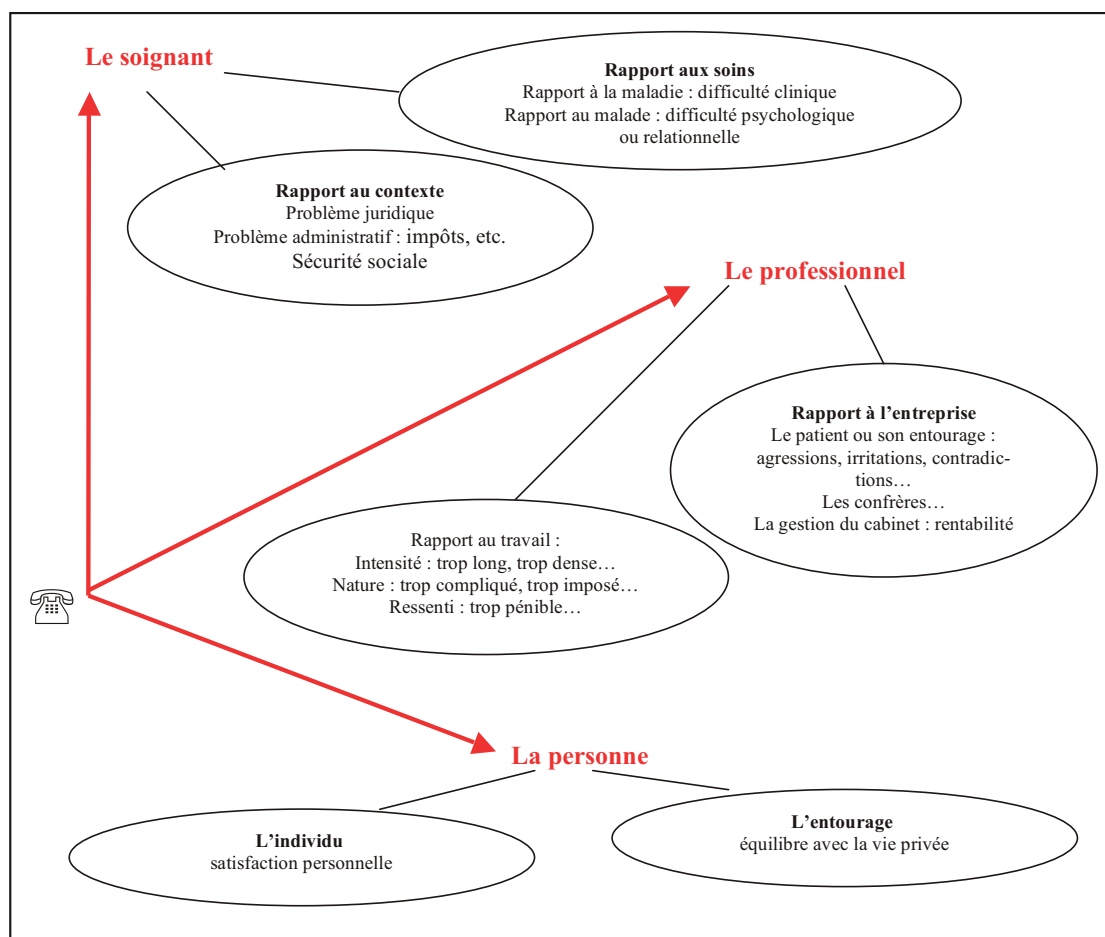


Figure 1. Les 3 axes de réflexion et d'aide de l'AAPML.



et au contexte dans lequel il s'exerce, le *burn out* est indissociable de l'activité professionnelle des médecins et donc de l'exercice de la médecine. En ce sens les médecins qui en sont menacés ou atteints sont bel et bien « malades » de la médecine et le *burn out* est une maladie professionnelle. Des mesures telles que l'amélioration de la protection sociale des médecins libéraux (indemnités journalières plus précoces en cas d'arrêt maladie, mesures de prévoyance, aides à la reprise du travail permettant le temps partiel), la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel comme maladie professionnelle, l'instauration d'une prise en charge médicale et psychologique dédiée aux professionnels de santé, l'instauration d'une médecine du travail pour les médecins, paraissent indispensables.

Il en est de même d'autres réponses, d'ordre culturel, visant à mieux définir la nature et les limites de la responsabilité médicale et à prendre en compte le médecin pour lui-même (et pas uniquement pour le patient).

Ces actions relèvent donc d'une prise en charge certes individuelle mais aussi collective et institutionnelle, qu'il s'agisse des Unions Régionales, de l'Ordre des Médecins, de la Sécurité Sociale ou des décideurs politiques. Cela ne se conçoit évidemment pas sans un travail de fond auprès de la population et des médias [4]. Ainsi, l'enquête réalisée en 2006 par

l'URML Idf [5] avait pour objectif d'apprécier le ressenti et les souhaits des médecins concernant le *burn out*, mais s'inscrivait aussi dans une démarche collective et culturelle visant à le faire reconnaître comme une maladie professionnelle et à en institutionnaliser la prise en charge.

## Conclusion

Pathologie de la relation d'aide, le *burn out* est lié à un investissement excessif choisi ou subi. Il est caractérisé par le souci de « prendre sur soi » pour assumer sa fonction et préserver l'apparence le plus longtemps possible notamment par le recours à l'automédication ou aux addictions. Le médecin est formé à travailler beaucoup ce qui augmente d'autant ses capacités de résistance, à surmonter efforts et difficultés, à fois en tant que soignant et en tant que libéral. Mais lorsqu'il dépasse ses possibilités d'adaptation, le *burn out* altère la qualité des soins et s'accompagne d'un déni. Il peut apparaître brutalement à la suite d'un événement parfois mineur, plongeant le médecin atteint dans une dépression grave. La collectivité comme les institutions médicales participent de ce déni, qui ne veulent voir dans le médecin que celui qui assure et à qui on peut demander encore et encore. La prévalence élevée du *burn out* chez les médecins libéraux traduit une tension importante du système de santé qui nécessite une prise en charge collective adaptée, soutenue et urgente.

*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 tous renseignements complémentaires, s'adresser à : egalam@hotmail.com*

### Références :

1. Truchot B. Épuisement professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions. Paris; Dunod: 2004.
2. Soulier E, Grenier C, Lewkowicz M. La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession. Rev Méd Ass Mal. 2006;37:99-107.
3. Gautier I. Burn Out des médecins. Bull Ordre Méd. 2003;86.
4. Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses. Paris: Masson; 1998.
5. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission Prévention et santé publique. URML Île-de-France Juin 2007. Sur <http://www.urml-ldf.org/public>

## Burn out du médecin : concrètement, que faire ?

À défaut de réponses « définitives » à cette situation complexe dont nous commençons seulement à prendre conscience, voici quelques grandes lignes de « bonne conduite clinique » :

- ▶ Pour chacun d'entre nous : comment éviter d'en arriver là ? Que faire si l'on se sent menacé ? Comment reconnaître les premiers signes ? Comment se prendre en charge : en automédication, comme d'habitude, mais aussi... ?
- ▶ Lorsqu'il s'agit d'un confrère qui ne demande rien : quels signes peuvent nous faire penser qu'il est peut-être menacé ? Comment aborder les choses avec lui, sans lui faire peur ni l'agresser ?
- ▶ Si le confrère nous consulte : les positions sont plus claires mais restent difficiles... Nous savons tous qu'un médecin malade n'est pas tout à fait un malade comme tout le monde. De même un médecin soignant un confrère n'est pas rigoureusement dans les conditions habituelles du soin.

Une réflexion collective et institutionnelle est nécessaire. Elle est bien entendu très complexe et relève d'un travail culturel et de choix politiques et sociétaux.