

Éric Galam

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

Mots clés : exercice
professionnel,
maladie
professionnelle

Échanges entre professionnels

Le premier article montrait combien le « burn out » des médecins traduit une pathologie de la relation d'aide : 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. C'est ainsi la question de l'identité professionnelle du médecin qui est posée, cette « manière spécifique dont chaque praticien exerce son métier et qui le fait reconnaître par ses patients et par lui-même comme membre de la collectivité médicale dans une société donnée » [1]. L'identité professionnelle s'exprime aussi par la façon dont chaque praticien assume et surmonte les difficultés liées à son exercice pour en préserver l'efficacité et la qualité.

Burn out des médecins libéraux

Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question

La notion d'identité professionnelle du médecin est de plus en plus perceptible dans de nombreux domaines. Elle est au cœur de la formation médicale continue¹ ou de l'évaluation des pratiques professionnelles. Tout en s'appuyant sur des référentiels collectifs et validés, l'objectif est que les praticiens portent un regard sur leurs pratiques et les auto-évaluent. Dans un autre registre, des travaux tels que l'étude PAAIR [2] sur la prescription des antibiotiques ont souligné l'intérêt d'aiguiser le regard du praticien sur ses pratiques et ses valeurs propres. Enfin, il faut souligner les démarches d'évaluation des compétences et des besoins initiées par l'Unafornec (bilan professionnel personnalisé) ou par MG Form (bilan de compétences défini comme une auto-évaluation accompagnée). Si le *burn out* est aussi et peut-être avant tout un problème collectif, la façon dont chaque praticien aborde son métier est évidemment déterminante non seulement sur le type de situations professionnelles à laquelle il est confronté mais aussi sur sa capacité à les assumer.

1. On peut citer par exemple les séminaires du Groupe REPÈRES *Reconnaître et optimiser nos façons d'être médecins*, ou les premières journées nationales de médecine générale organisées en 2002 par la *Revue du Praticien* sur le thème *Je soigne comme je suis...*

Contraintes internes : comment se positionne le médecin par rapport à son métier ?

Les orientations de carrière

Le rapport de Truchot [3] utilise les 4 orientations suivantes que Cherniss définissait en 1980 chez les professionnels de l'aide à partir de l'équilibre vie professionnelle/vie privée d'une part, intérêts personnels/intérêts des autres d'autre part :

- activiste : critique d'une profession qu'il espère transformer ;
- arriviste (carriériste) : recherche le prestige, la sécurité financière, la reconnaissance sociale ;
- artisan : valorise l'activité professionnelle et le développement de ses compétences ;
- égoïste : s'efforce de satisfaire sa vie personnelle hors travail.

Dans son travail, Truchot a montré que :

- Les artisans sont un groupe protégé du *burn out* (éprouement émotionnel : 22,45 %).



- Les activistes ont un *burn out* faible avec un accomplissement personnel élevé (épuiement émotionnel : 23,2 %).
- Les carriéristes sont les plus stressés (épuiement émotionnel : 26,3 %).
- Les égoïstes sont les moins accomplis : fort épuiement émotionnel (25,71 %), dépersonnalisation élevée, faible accomplissement personnel...

Truchot constate aussi une évolution intéressante du pourcentage de médecins répondant aux différentes catégories entre le moment où ils ont débuté et plusieurs années après. Arrivistes et artisans sont en nombre stable (respectivement 8 et 42,6 % en début de carrière, 8,25 et 43 % au moment de l'enquête), tandis que le nombre des activistes diminue d'autant qu'augmente celui des égoïstes (respectivement 39,9 % et 9,5 % en début de carrière, 13,75 % et 35 % au moment de l'enquête), traduisant chez eux un repli sur la sphère privée.

On peut compléter l'analyse en observant l'orientation actuelle des médecins les plus jeunes. Ils ne sont pas aussi majoritairement « artisans » et « activistes », mais dans une orientation « égoïste » pour 43,6 % d'entre eux.

En d'autres termes, il semble que nous assistions à un double mouvement identitaire. D'une part, sur l'ensemble de la profession, les médecins montrent un désengagement, passant d'une orientation tournée vers le social et le plaisir à exercer son activité à un repli sur la sphère privée. Mais d'autre part, il semble que si pour les « anciens » le désengagement est progressif, il est beaucoup plus immédiat pour les plus jeunes, plus tôt dans l'exercice professionnel. Bien entendu, ces résultats devraient être comparés à ceux d'autres professions et complétés auprès d'étudiants en médecine. Nous ne savons pas dans quelle mesure ils sont spécifiques aux médecins ou représentatifs d'un mouvement plus large qui traverse notre société. Sans doute le repli sur soi est-il le lot des cultures individualistes.

Néanmoins, ce repli pose sans doute une véritable question pour une profession qui traditionnellement est tournée vers autrui. Il n'est pas certain que l'orientation « égoïste » convienne à l'exercice de la médecine, en tout cas tel qu'on l'entend « classiquement ». Ces données, sans doute corrélatives d'une véritable crise de l'exercice de la médecine, renvoient indiscutablement à une question fondamentale : quel type de médecin, quel type de médecine pour quel type de relation médecin/patient ?

La théorie dite « de l'équité »

Selon cette théorie utilisée en Bourgogne [4], les individus cherchent à maintenir un équilibre entre d'une part leurs investissements et leurs bénéfices et d'autre part les investissements et bénéfices de leur interlocuteur, autrement dits leurs « coûts ». Tout ce qu'on retire en positif de la relation peut être considéré comme un gain : le salaire, le plaisir, la reconnaissance, le bien être, l'expérience acquise. Inversement, l'énergie et le temps dépensés, la fatigue, représentent une dépense. Dans cet échange, il n'est bien sûr pas nécessaire que les gains et coûts de chaque partenaire soient de même nature. Selon l'étude, seuls 17,3 % des médecins ont le sentiment d'entretenir une relation équitable avec leurs patients et 55,3 % se définissent comme sous-bénéficiaires tandis que 27,4 % se sentent sur-bénéficiaires.

Lorsque les médecins se sentent sous-bénéficiaires, leur score d'épuisement est significativement plus élevé que lorsqu'ils se sentent en situation d'équité.

Deux autres typologies complètent cette approche

Dans son remarquable travail sur l'erreur médicale, Pierre Klotz [5] définit une typologie fondée notamment sur les degrés :

- d'ajustement du médecin aux attentes et parfois aux exigences des patients et aux siens ;
- d'ajustement aux capacités qu'il s'attribue ;
- d'esprit critique envers les enseignements reçus et de la littérature médicale ;
- de prise en compte plus ou moins prioritaire des intérêts, légitimes ou non, des patients, par rapport à ceux de la collectivité et aux siens propres.

Dans le cadre de l'AAPML, nous utilisons une grille de caractérisation des niveaux logiques concernés dans l'activité du médecin [6] : ceux du soignant (soins et contexte), du professionnel (travail et l'entreprise) et de la personne (individu et entourage).

Contraintes externes : un (beau) métier stressant

La pratique de soin est marquée d'humanité. Elle a ses richesses et ses difficultés. Exercer l'un des plus beaux et vieux métiers du monde relève souvent d'un parcours semé d'embûches.

Le stress perçu par les médecins

Présentée pour la première fois au congrès de recherche de Biarritz en 2000, la thèse de Vidal-Gleizes-Razavet [7] s'intéressait à la vie professionnelle du médecin dans sa réalité quotidienne et ses difficultés du point de vue du médecin lui-même. Deux régions ont été étudiées, l'une urbaine (Paris), l'autre mixte (la Haute-Garonne). Sur les 932 questionnaires envoyés, 595 médecins ont répondu soit un taux de réponse de 62,8 %.

VIE PROFESSIONNELLE

Échanges entre professionnels

Outre les caractéristiques des médecins, elle a répertorié :

- les sources de stress à partir de 30 situations professionnelles potentiellement stressantes construites d'après une revue de littérature. Une échelle de réponse en 5 points a été utilisée (aucune réaction de stress ressentie, réaction peu importante, importante, très importante, sans objet). Ces situations ont été regroupées en 6 champs : administratif, reconnaissance sociale, temps professionnel, interface vie privée/vie professionnelle, entourage/société et pratique médicale ;
- le niveau de stress (échelle de Consoli et auto-évaluation globale) ;
- la satisfaction professionnelle globale pondérée (de jamais à très souvent) explorant le contentement, la frustration, le sentiment d'utilité, l'épuisement et le désir de changer de profession ;
- les moyens de lutte contre le stress : moyens personnels, recours à l'auto médication, besoin d'une consultation spécialisée.

L'interface vie professionnelle et vie privée est l'élément fortement explicatif du stress perçu, suivi de la demande de l'entourage des patients et des contraintes administratives. La frustration et l'épuisement semblent expliquer le stress perçu, le contentement global étant protecteur. Les situations les plus fréquemment déclarées comme étant génératrices de stress sont les contraintes financières, le poids administratif, l'interruption de la consultation par le téléphone, l'intrusion voire l'envahissement de la vie privée par le travail et le sentiment de ne plus gérer personnellement l'exercice médical (RMO, objectifs de santé publique...). Les items faisant partie des aspects sociaux de la pratique et de la reconnaissance sociale ne sont pas jugés très stressants. Dans la pratique clinique, les deux éléments mis en avant sont l'implication dans la souffrance des patients et la prise en charge de la fin de vie.

Le travail de Levasseur en 2003 [8] auprès de 1 316 médecins bretons (généralistes et spécialistes, montre les facteurs de stress suivants :

- la surcharge de travail ;
- les contraintes liées à l'administratif, aux gardes pour 1 médecin sur 2, aux exigences des patients et à la durée de travail journalier pour 4 médecins sur 10 : 55 % ont l'impression de trop travailler, 80 % estiment que leur temps personnel n'est pas satisfaisant et 71 % ont la même opinion sur le temps qu'ils peuvent consacrer à leur famille ;
- le conflit entre carrière et vie personnelle : les médecins de l'enquête estimaient avoir eu une préparation professionnelle inadéquate (49 % des répondants et 60 % des généralistes) et se déclaraient déçus par rapport à leurs attentes (24 % des répondants) ;
- l'insatisfaction par rapport à la profession (6,1 % seulement des généralistes ont le sentiment d'être efficaces, 16 % des anesthésistes et 9,6 % de l'ensemble des spécialistes) : 30 % changeraient de profession s'ils en avaient la possibilité, 83 % pensent qu'ils sont exposés à des risques particuliers ;
- le risque médico-légal avancé par 1/3 des répondants.

Une insécurité menaçante

Le nombre croissant d'incivilités, voire d'agressions, contre les médecins des services d'urgence ou de cabinets libéraux

a conduit l'Ordre des Médecins à mettre sur pied en 2002 un observatoire des agressions dont sont victimes les médecins. Un numéro de téléphone dédié a été mis en place par l'Ordre des médecins de Paris². Ainsi, en 2006, ont été recensés sur tout le territoire, 518 incidents [9] impliquant 312 généralistes et 202 spécialistes, pour 56 % dans le cabinet du praticien : agression physique (14 %), agressions verbales (39 %), vol ou tentative de vol (29 %), vandalisme (10 %). Les causes rapportées par les agressés sont le temps d'attente « excessif » (12 %), le refus de prescription (5 %), le reproche relatif à un traitement (5 %), une décision médicale contestée (4 %), l'état mental du patient (3 %). Même si le taux d'insécurité semble en légère diminution puisqu'il est passé de 0,32 % en 2003 à 0,25 % en 2006 sur une population de 190 000 médecins en activité, ces chiffres restent particulièrement élevés.

Un travail intense soumis à des contraintes multiples

Outre la gestion d'une micro-entreprise libérale, au métabolisme particulièrement actif, le médecin est confronté à toutes sortes de contraintes médicales, déontologiques, administratives, juridiques, économiques, etc. Ces considérations sont d'autant plus prégnantes qu'elles sont, en cette période de remises en cause, très évolutives et sans cesse changeantes : informatique, formation, évaluation, conventions, prévention, etc. Ces différents registres ne sont certes pas superposables mais toujours présents.

Pour un médecin en difficulté, il n'est pas facile aujourd'hui de trouver un remplaçant ; et même en cas de remplacement, les conséquences financières d'un arrêt de travail restent énormes notamment si l'on rappelle que les indemnités journalières ne sont servies au médecin qu'à partir du 91^e jour d'arrêt de travail.

Bien loin des « 35 heures », les médecins français travaillent en moyenne 57,5 heures par semaine. À cela, il faut ajouter les gardes qui allongent le temps de travail et la fatigue des soignants puisqu'elles ne sont pas toujours suivies du fameux « repos de sécurité ». Elles confrontent également le médecin à des situations par définition non programmées, et parfois délicates, augmentant d'autant son stress. Il faut aussi ajouter un rythme de travail soutenu marqué de nombreuses interruptions et de la nécessité de gérer à la fois un flux continu et tendu et des situations plus difficiles, complexes ou urgentes.

Ce métabolisme sans concession est d'autant plus difficile à assumer qu'il associe plusieurs registres : la maladie, le vécu du patient et de son entourage, la gestion de la relation. À cela il faut ajouter la gestion par le médecin de toutes sortes de problèmes éthiques ou hors champ médical (rapport au travail, vie affective, etc.) sans compter les aspects administratif et sociaux. Et ces derniers concernent tout autant le patient (formulaires et discussions en tous genres) que le médecin lui-même qui doit payer ses charges, remplir ses déclarations, etc.

2. Appeler le 01 53 73 92 02 en cas de « danger ou menace imminente ». 40 médecins français ont été tués durant leur travail en 20 ans, il y a eu 1 000 agressions pour 2 000 généralistes de Seine-Saint-Denis en 10 ans ; au Havre, une femme médecin a été violée par un patient ; à Passy (2005), plusieurs médecins ont subi des tentatives de racket. D'autres affaires tout aussi sordides ont également été rapportées récemment...

Médecin : une « espèce en voie de disparition » ?

Des publications anglaises ont rapporté une majoration de 50 % de l'incidence du suicide chez les femmes médecins par rapport à l'ensemble de la population britannique. Des données américaines ont montré une majoration de 100 % de l'incidence de la dépression chez les médecins par rapport à la population moyenne. Qu'en est-il en France ? Ayant constaté une incidence anormalement haute des suicides dans les causes de décès des médecins vauclusiens en activité, Yves Léopold [10] a interrogé le Conseil national de l'Ordre des médecins, puis les Conseils départementaux, pour évaluer l'incidence du suicide dans les décès des médecins de moins de 65 ans³. Les données retenues pour leur fiabilité statistique portent sur les suicides de médecins actifs dans une population totale de 42 137 médecins répartis sur 26 départements : il y a eu 492 décès dont 69 suicides (incidence du suicide : 14 %). Ce taux était de 50 % chez les médecins du Vaucluse : 11 suicides sur 22 décès de

médecins actifs de moins de 65 ans sur une période de 5 ans, au point que le Conseil de l'Ordre de ce département a dû mettre en place une cellule d'intervention spécifique. Cette cellule intervient préventivement dès l'émergence de deux des marqueurs suivants : problèmes financiers (retards de paiement de la CARMF ou de la cotisation ordinale), divorce, alcoolisme, problèmes ordinaires ou judiciaires, maladie mentale, handicap physique.

Ce taux est à comparer avec celui de la population générale en 1999 : dans la population d'âge comparable (de 35 à 65 ans), il y a eu 93 346 décès, dont 5 208 suicides, soit une incidence de 5,6 %. Bien sûr la comparaison souffre du fait qu'une partie de cette population n'est pas active, contrairement à la cohorte médicale.

Le taux de suicide est par ailleurs plus élevé chez les médecins que dans d'autres groupes professionnels à statut équivalent. À cause de cette situation, Yves Léopold a qualifié les médecins d'« espèce en voie de disparition »... Nous verrons dans l'article suivant les conséquences que cela entraîne autant pour les médecins que pour leurs patients.

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

3. La limite de la méthode apparaît immédiatement : n'apparaissent ainsi que les causes des décès connus des membres des Conseils interrogés. Les plus grands départements ont fourni moins de renseignements exploitables que les départements ruraux...

Références :

1. Galam E. L'outil médecin fonctionnement et spécificités. Rev Prescrire 2004;24(246):73-4.
2. Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V, Cohen JM, Pouchain D. Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires. Sur <http://www.urml-idf.org/urml/pairrf.pdf>
3. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne; 2002. Sur http://www.espace-urml.org/upload/urml/42/upload/travaux/Burn_out_URMLCA_2003%20.pdf
4. Truchot D. Enquête Bulletin Ressources N° 1. URML Bourgogne, Janvier 2002.
5. Klotz P. L'erreur médicale. Paris; Maloine: 1996.
6. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission Prévention et santé publique. URML Île-de-France, Juin 2007.
7. Vidal-Gleizes-Razavet. Évaluation du stress chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute Garonne et à Paris. Thèse de médecine. Toulouse 2001. N° 1065.
8. Levasseur G. Les médecins bretons et leur santé. URML Bretagne, juillet 2003.
9. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins. Sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr?url=colloque/article.php&id=10>
10. Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins. Octobre 2003.