

Échanges entre professionnels

En France, quelques études quantitatives sur l'état de santé des médecins [1, 2] ont été publiées et un rapport institutionnel [3] a largement souligné les difficultés de leur prise en charge. Les médecins sont plus à même de développer des troubles psychiques ou de recourir au suicide [4, 5]. Des niveaux élevés de *burnout* ont été constatés chez les soignants en France et dans le monde [6-8] où des dispositifs spécifiques sont mis en place de manière plus ou moins pérenne [9]. Pourtant, les médecins sont, aussi, des patients comme les autres et sont amenés à utiliser les dispositifs communs mais avec, là aussi, certaines particularités. Quand ils ont un médecin traitant [10], ils choisissent presque toujours un proche, voire eux-mêmes. Les consultations informelles sont très fréquentes [11].

*Abstract: Treat sick doctors. Part One. A patient (not quite) like other
Many doctors are likely to develop psychiatric disorders or to commit suicide. High levels of burnout were found in various countries and specific support programs are implemented on a more or less sustainable basis. However doctors are also patients like others, they have to use common features with some specificity. When they have a doctor, they almost always choose a relative, or even themselves. Informal consultations are very common.
Key words: Physician-Patient Relations; Burnout, Professional*

Éric Galam
Département
de Médecine
Générale, Université
Paris Diderot
eric.galam
@univ-paris-diderot.fr

Mots clés : relations
médecin-malade ;
syndrome
d'épuisement
professionnel

Soigner les médecins malades

Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres

Selon les différentes études, 33 à 90 % des médecins pratiquent l'automédication [12, 13]. Une étude française [14] a montré que les répondants qui avaient été confrontés à une maladie aiguë avaient consulté un spécialiste dans 58,8 % des cas, 32,4 % avaient été hospitalisés et seuls 2,8 % avaient été suivis par un médecin généraliste. Les caractéristiques professionnelles et humaines des médecins nécessitent des prises en charges adaptées et de nombreuses études ont été publiées dans le monde sur les meilleures façons de soigner un médecin malade [15-18].

Le médecin malade : un patient pas (tout-à-fait) comme les autres

Parmi les études qualitatives publiées dans le monde [19, 20] et en France [21, 22], le travail de

Bonneaudeau *et al.* réalisé en 2010 auprès de 13 médecins généralistes en activité ayant eu un contact personnel avec la maladie a montré un déni ou une négligence face aux symptômes. Il y a eu retard dans la prise en charge qui a le plus souvent débuté par une auto-prescription d'examen complémentaires, suivie plus ou moins tardivement par une consultation spécialisée ambulatoire ou hospitalière dont le critère de choix était avant tout la compétence. Cette démarche était accompagnée d'un sentiment de honte, voire d'humiliation, face au regard des confrères soignants. La difficulté d'acceptation de la maladie et du statut de malade a été soulignée : « *Me positionner comme malade c'est à vomir* », « *Être malade quand on est médecin c'est impensable, il y a quand même 2 côtés à un bureau et c'est l'autre qui est malade* ». Le médecin est familier des maladies, mais il les connaît à partir d'un autre rôle. Devenir malade représente un changement radical de *position* et surtout de *statut* pour le médecin qui doit renoncer au moins partiellement à la place qu'il avait avant, sans pour autant

DOI : 10.1684/med.2013.1029



pouvoir effacer l'expérience et le savoir acquis à partir de cette même place. La majorité des répondants n'ont pas caché leur statut de médecin aux soignants consultés alors que quelques-uns l'ont fait.

Les avantages d'être soignants ont été évoqués : compréhension plus grande de la maladie, de ses conséquences et des traitements, autonomie avec possibilité d'autoprescription, favoritisme dans la prise en charge, accès aux soins facilité par la connaissance des réseaux et des structures de prise en charge.

Les inconvénients étaient l'absence d'objectivité face à ses propres symptômes, la compréhension immédiate des symptômes, de la maladie, du pronostic et des risques éventuels, une tendance à la dramatisation des signes cliniques, un retard probable à la consultation par manque de temps ou déni, une angoisse liée à la connaissance médicale.

Plusieurs médecins (pas tous) reconnaissaient l'impossibilité d'être objectif sur son propre état de santé et de s'examiner soi-même, en conservant une distance suffisante : « J'ai pas de stéthoscope assez long pour m'ausculter le dos moi-même. » Ils se considéraient et souhaitaient être considérés comme des patients non médecins pour ce qui concerne la vision qu'ils peuvent avoir de la maladie mais aussi leur impuissance face à celle-ci : « Les certitudes ça rend tout puissant et la maladie ça apprend qu'on est quelqu'un comme les autres et c'est très bien comme ça », « Je crois qu'il vaut mieux être patient et ne pas savoir », « Le sentiment que j'ai eu est un sentiment de malade et vraiment pas de médecin ». Dans le même temps, l'attitude des soignants pouvait être un inconvénient en limitant les investigations ou en les majorant « Il m'a donné 36 000 explications, j'ai strictement rien entendu, écouté, ça ne m'intéressait pas ». De même, il existait tout un éventail de position entre le nécessaire

lâcher-prise, le contrôle ou la négociation avec le soignant. Les contraintes notamment financières de l'activité libérale et la nécessité de continuité des soins, apparaissaient comme un obstacle à la prise en charge. La recherche d'un remplaçant, avant de stopper, brièvement ou totalement, l'activité a été un moment important plus ou moins compliqué : « Une urgence quasiment plus urgente que celle de se faire soigner. » L'arrêt de travail était limité au maximum et même non pris : « Je suis retourné bosser avec le plâtre. »

A été également évoqué le retentissement sur la prise en charge des patients : parfois négligeable, parfois positif avec une meilleure compréhension, même si de nombreux médecins sont conscients du risque de transfert éventuel qu'ils pourraient reproduire sur leurs patients atteints d'une pathologie identique à la leur. Quant à l'impact sur le médecin lui-même, il s'est traduit par une limitation, voire une cessation, de l'activité ou au contraire un investissement dans la pathologie contractée, ou encore une modification du rapport au métier : « J'ai laissé tomber mes idéologies. »

Ainsi, pour le médecin confronté à ses propres maladies, la connaissance des maladies et des outils médicaux (médicaments, examens, réseaux, soignants) est-elle largement contrebalancée par l'absence de neutralité, le caractère partiel de l'auto-examen, et l'interaction tronquée ou au contraire trop accélérée avec les soignants et les maladies.

Qu'en est-il des soignants auxquels il va avoir recours ?

Soigner les confrères n'est pas si simple et pourtant indispensable

Une étude qualitative jumelle [23] a été effectuée par la même équipe auprès de 20 médecins de différentes spécialités ayant été amenés à soigner des confrères.

Les médecins-soignants distinguaient les situations où le médecin-patient était ou non en activité, était ou non clinicien. Les spécialistes ayant une maladie relevant de leur propre spécialité étaient considérés comme particulièrement difficiles à prendre en charge : « c'était difficile pour moi de l'examiner. Je n'arrêtais pas de me dire qu'il en savait beaucoup plus que moi, qu'il s'était déjà examiné parce qu'il savait quoi chercher et comment ».

Les patients consultaient le plus souvent de leur propre initiative mais étaient aussi adressés par un correspondant. La majorité des médecins-soignants estimaient que les consultations avaient la même durée que celles des patients « normaux », tandis qu'elles étaient plus longues pour un tiers des répondants. Plusieurs médecins-soignants insistaient sur la nécessité de recevoir les patients dans leur bureau et pas dans le couloir et recommandaient un examen clinique systématique et un dossier médical bien tenu. Le paiement des honoraires divisait les médecins-soignants dont certains avaient des horaires plus flexibles, des rendez-vous plus rapides et des échanges plus faciles (portable, internet) pour leurs collègues malades.

Spécificité de soin : partager la connaissance et le pouvoir

La moitié des médecins-soignants disaient délivrer les informations de la même façon qu'aux autres patients : « on ne peut pas oublier qu'il a un savoir médical » et à l'inverse : « parfois, j'ai l'impression qu'il en sait moins qu'un patient lambda ». Ils constataient une peur identique à celle de tous les patients chez les médecins-patients : « ils ont les mêmes symptômes, les mêmes maladies, les mêmes peurs ». Ils disaient, comme pour tous les patients, quelle qu'en soit la profession, adapter leur comportement au niveau intellectuel et aux attentes. Plusieurs insistaient sur l'importance du soutien humain et la nécessité d'une expertise technique. La moitié estimaient que le suivi était correct et la compliance bonne. Les médecins-soignants s'efforçaient d'oublier les spécificités tout en sachant bien que ce n'était pas possible : « il attend qu'on ait un regard particulier, je le comprends et je le lui offre volontiers ». Le partage de la connaissance et du vocabulaire médical modifient l'annonce diagnostique avec impossibilité de mentir. Étaient rapportés une négligence mais aussi une meilleure compréhension des symptômes, un retard à consulter, l'importance de l'autoprescription d'exams complémentaires. Plusieurs médecins-soignants estimaient que les médecins-patients posaient plus de questions sur leur traitement et qu'ils commençaient leur traitement plus rapidement. D'autres soulignaient les difficultés liées au statut socio professionnel avec un refus des arrêts de travail.

Trois catégories de soignants

On pouvait ainsi repérer trois catégories de soignants selon leur position vis-à-vis de leurs confrères malades. Le premier groupe considérait que le médecin-patient est un patient normal et voulait être le plus parfait possible, disait ne pas négocier sur ce point et s'efforçait d'y parvenir. Le deuxième groupe considérait ces patients comme des proches et voulait les aider, plus particulièrement sur le plan pratique : pas d'honoraires, attention aux aspects logistiques, rendez-vous rapides, dévoilement de leur numéro de portable et adresse mail, partage des décisions... Le troisième groupe enfin, s'efforçait de trouver un équilibre personnel entre l'empathie avec le pair et la nécessité de maintenir une distance suffisante malgré un flou relationnel parfois inéluctable.

Difficultés et ressources pour les médecins-soignants

La nécessité de trouver la juste distance était mentionnée par la moitié des médecins-soignants : « ce n'est pas complètement exact de dire qu'on s'en occupe comme tous les autres », « j'estime avoir une relation réussi quand je me sens suffisamment proche du patient et que je garde néanmoins une distance suffisante ».

La peur du jugement de l'autre et des erreurs était aussi une difficulté importante : « avoir en médecin en face de soi, on se sent jugé », « si les choses tournent mal, j'ai l'impression qu'il m'attend au tournant », « on doit lui poser les bonnes questions, l'examiner complètement ».

Étaient également mentionnées :

– l'identification : « je suis l'autre puisqu'il est aussi moi, ce qui amène une difficulté supplémentaire » ;

– la contagion émotionnelle, le risque de complicité : « le collègue nous ressemble, il est plus proche et donc il nous touche plus » ; « il faut étouffer dans l'œuf toutes les tentatives du patient d'intervenir dans son traitement ».

Les pièges évoqués étaient l'autoprescription, la difficulté des médecins malades à déléguer et parfois la nécessité de gérer les consultations de façon spécifique : « la relation est plus dure ». Tous les médecins-soignants soulignaient la nécessité de ne pas biaiser les choses s'ils étaient eux-mêmes malades. La moitié estimaient nécessaire de ne pas cacher leur profession s'ils étaient malades tandis qu'un quart pensaient le contraire. L'expérience était évoquée par la moitié des répondants comme l'une des principales ressources pour soigner les confrères. Il faut être conscient de ses propres limites, s'autoriser à déléguer, établir clairement et dès le début le cadre relationnel et préciser clairement les statuts de chacun. Il est aussi utile de pouvoir bénéficier, si nécessaire, d'une supervision régulière ou d'une aide par les collègues, de travailler en équipe ou dans des dispositifs de soin, de participer à des staffs ou *debriefings* réguliers. Ainsi, entre favoritisme, risque d'implication et d'aveuglement, pas si simple de soigner les confrères...

Conclusion de cette première partie

Malgré les biais inhérents à ce type d'étude qualitative sur un sujet relevant de l'intimité des professionnels et soumis à l'image que les répondants souhaitent avoir d'eux-mêmes, en exclusion délibérée de la problématique du *burnout*, les auteurs proposent un certain nombre d'enseignements :

– le médecin est *un patient sachant et puissant*. Il a accès à l'automédication, la connaissance du milieu professionnel et une expérience de la maladie des autres. Comme tout patient, il a besoin à la fois d'une distance « de sécurité » et d'une proximité humaine, bienveillante et efficace. Comme tout patient, il veut à la fois de la compétence et une juste implication de ses soignants ;

– il est aussi *un miroir pour ses soignants* qui portent le poids du traitement d'un collègue et s'efforcent de faire comme s'ils oubliaient qu'il était aussi médecin. Ils s'efforcent d'être aussi parfaits que possible et de trouver leur place.

L'étude de Lhote confirme les résultats de la littérature [19, 24] sur les médecins soignants qui ressentent à la fois de l'anxiété et un défi à l'idée de soigner leurs confrères. Ne pas mener de consultations formelles avec un vrai examen clinique, un dossier et un suivi complet, est le principal piège bien connu. Les médecins soignants souhaitent aussi pouvoir bénéficier d'une aide et d'une formation pour soigner leurs collègues.

Nous envisagerons dans la seconde partie de cet article quelle est la place des médecins généralistes parmi ces « médecins soignants » de leurs confrères et celle de dispositifs spécifiques, avant de conclure sur la santé des médecins en tant qu'indicateur de qualité du système de santé.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

1. Després P, Grimbret I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. La santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES. Études et résultats. 2010;731.
2. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Enquête sur la Santé des Médecins Libéraux de Haute Normandie. Décembre 2008
3. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, et al. Le Médecin Malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008. Sur www.conseil-national.medecin.fr
4. Ghodse H. Doctors and their health – who heals the healers? In: Ghodse H, Mann S, Johnson P (eds). Doctors and their health. Sutton: Reed Healthcare Limited; 2000.
5. Hawton K, Clements A, Sakarovich C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:296-300.
6. Galam E. Burnout des médecins libéraux – 1^{re} partie : une pathologie de la relation d'aide. *Médecine*. 2007;3(9):419-21 (3 autres parties dans les numéros suivants).
7. Galam E, Kornly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(608):e217-e224.
8. Soler JK, Yaman H, Esteve M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25(4):245-65.
9. Association Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) www.aapml.fr; Association de Promotion des Soins aux Soignants (APSS) : <http://apss-sante.fr/>; Association MOTS <http://www.association-mots.org/>; Association ASRA : (<http://www.reseau-asra.fr/> consulté le 14 août 2013); Programme Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) <http://www.fmrq.qc.ca/formation-medicale/info.cfm?noPageSiteInternet=111&cfgsection=bienetredesresidentes&cfgsoussection=programme-d'aide-aux-medecins-pamq>; Programme Attention Intégrale aux Médecins Malades (PAIMM) http://paimm.fgalatea.org/eng/home_eng.htm (consultés en mars et août 2013).
10. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 2008;58(552):462-4.
11. Campbell S, Delva D. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. *Can Fam Physician*. 2003;49:1121-7.
12. Gendel MH, Brooks E, Early SR, et al. Self-prescribed and other informal care provided by physicians: scope, correlations and implications. *J Med Ethics*. 2012;38(5):294-8.
13. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med (Lond)*. 2011;61(7):490-7.
14. Verjus Anne Laure. Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé [Thèse Médecine]. Grenoble: UFR médecine; 2012. http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/75/13/54/PDF/2012GRE15123_verjus_anne-laure_1_D_.pdf consulté le 21 mars 2013
15. Walter JK, Lang CW, Ross LF. When physicians forego the doctor-patient relationship, should they elect to self-prescribe or curbside? An empirical and ethical analysis. *J Med Ethics*. 2010;36(1):19-23.
16. Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Wolf KE. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Acad Psychiatry*. 2009;33(4):289-95.
17. Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L. Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program. *J Gen Intern Med*. 2007;22(11):1544-52.
18. <http://www.physicianhealth.com/node/147> access 28 march 2013.
19. Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):811-81.
20. Henderson M, Brooks SK, Del Busso L, et al. Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open* 2012. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001776
21. Bonneaudeau Sandra. Le médecin malade : un patient comme les autres [Thèse Médecine]. Paris: Université Paris Diderot; 2011. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584_These_Soin_des_Medecins-Lhote-05ju11.pdf accès le 6 août 2013.
22. Portailier Gay Delphine. Les médecins, des patients comme les autres ? Ou : attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients. Étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Rhône-Alpes [Thèse Médecine]. Lyon: Université Claude Bernard; 2008. http://www.urps-med-ra.fr/upload/editeur/THESE_PORTALIER_1265020635754.pdf accès le 21 mars 2013.
23. Lhote Madeleine. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? [Thèse Médecine]. Paris: Université Paris Diderot; 2011. www.egora.fr/sites/default/files/These-LHOTE-05ju11.pdf accès le 6 août 2013.
24. Richards C. The health of doctors. Physician heal thyself – but how? London: King's Fund Publishing Office; 1989.

Soigner les médecins malades. Première partie. Un patient (pas tout à fait) comme les autres

- Les médecins sont nombreux à développer des troubles psychiques ou à recourir au suicide. Des niveaux élevés de *burnout* ont été constatés dans divers pays et des dispositifs spécifiques sont mis en place de manière plus ou moins pérenne. Pourtant, les médecins sont aussi des patients comme les autres, amenés à utiliser les dispositifs communs, avec certaines particularités. Quand ils ont un médecin traitant, ils choisissent presque toujours un proche, voire eux-mêmes. Les consultations informelles sont très fréquentes.