

Dans la première partie de cet article, nous avons vu, dans l'étude de Bonneaudeau, que tous les médecins malades avaient ressenti de la honte ; quelques-uns n'avaient pas dit qu'ils étaient eux-mêmes médecins ; tous aspiraient à être traités comme n'importe quel patient [1]. L'hôte confirme la tentation de cacher ou d'oublier l'information : « *dire ou ne pas dire* » qu'on est médecin à son soignant vient ainsi en miroir de l'aspiration de ce dernier à faire comme si son patient n'était pas médecin tout en se rappelant qu'il l'est [2]. Dans le même temps, la tentation du patient de nier ses symptômes entre en résonance avec celle du soignant de ne pas tenir compte de la profession de son patient. Qui donc peut au mieux soigner ce patient (pas tout à fait) comme les autres ?

Abstract: Treatment of sick doctors. Second part: what attending physicians?

For their expertise and proximity, their capacity for monitoring and support, GPs are the most appropriate physicians, as for the general population, which requires specifying their place, possibly in the context of a device for specific care for caregivers, ensuring privacy, independence from any institution, the neutrality of stakeholders who are specifically trained. Recommendations can be made from four generic assumptions.

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

Seconde partie : quels médecins soignants ?

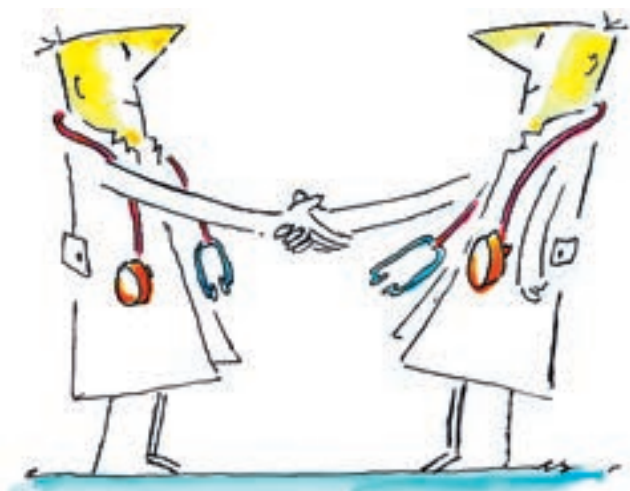
Le travail de Bonneaudeau soulève des problématiques diverses : la proximité du médecin patient avec la médecine, reflet de la position du soignant à qui il ressemble trop (identification réciproque) ; sa nostalgie de ne plus être dans la position de soignant, miroir de la peur du soignant d'être un jour lui-même en position de patient (passé et futur) ; les tensions du soignant qui sait qu'il doit être particulièrement vigilant (il traite un collègue et veut aussi le traiter comme n'importe quel autre patient) ; l'importance des jugements réciproques (le malade doit faire confiance à son médecin et le soignant ne doit pas se sentir jugé dans son travail). Au-delà de la question du professionnel le mieux à même de soigner un confrère se posent d'autres questions encore sur la médecine en général et le sens même de la bonne ou mauvaise santé des médecins. Selon une étude de 2010, plus d'un généraliste sur dix est en détresse psychologique (10 à

17 % selon les régions) [3]. Les *tableaux 1 et 2* rassemblent quelques données sur la santé physique et psychique des médecins Français.

Médecins soignants : généralistes ou dispositifs spécifiques ?

Dans l'étude citée [1], tous les médecins malades avaient consulté un spécialiste. Cela veut-il dire que les généralistes ne sont pas utiles pour la prise en charge de leurs confrères ? Nous pensons au contraire que, par leur compétence et leur proximité, leur capacité de suivi et d'accompagnement, ils sont les médecins traitants les plus appropriés, aussi nécessaires

DOI : 10.1684/med.2013.1042



que pour la population générale : leur place n'en doit que plus être précisée.

Dans l'étude de Verjus [3], 63,9 % des médecins étaient favorables à des dispositifs de soin spécifiques pour les soignants. Les caractéristiques principales d'un tel réseau étaient la confidentialité, l'indépendance vis-à-vis de toute instance, la neutralité des intervenants de préférence non connus des patients. Dans tous les cas, les médecins en faveur d'un tel dispositif voulaient être traités par des médecins spécialement formés. Les modalités d'une telle formation sont à préciser. De même, la question des financements est aussi posée et tributaire d'un engagement fort et persistant des autorités sanitaires et professionnelles.

Du point de vue des soignants, nous ne savons pas combien de médecins acceptent de soigner leurs confrères, ni quelles conditions ou quels dispositifs pourraient les y inciter. La place d'une médecine de prévention ou du travail pour les

Tableau 1. Quelques données significatives du mal être psychique des soignants français

Taux moyen de <i>burn-out</i> pour les médecins libéraux français* (Truchot 2001, 2004 et 2006) : – épuisement Émotionnel élevé : 43 % ; – dépersonnalisation élevée : 40 % ; – accomplissement personnel bas : 33 %.	53 % des médecins libéraux (60,8 % des généralistes) se sentent menacés par le <i>burn-out</i> [8]. Les femmes sont plus fréquemment en détresse psychologique que les hommes (19 % vs 10 %) [3].
Troubles psychiatriques (CARMF 2009) : principale affection des médecins en invalidité définitive. Au cours des 12 derniers mois : – 20 % des médecins ont déclaré avoir pris des anxiolytiques ou des hypnotiques (24 % des femmes vs 19 % des hommes ; les 45-54 ans sont les plus concernés) ; – 5 % ont déclaré avoir pris des antidépresseurs (8 % des femmes vs 4 % des hommes). Le traitement antidépresseur est auto prescrit dans 60 % des cas.	En comparaison, 19 % des adultes en population générale ont consommé des psychotropes (essentiellement des anxiolytiques, des somnifères ou des antidépresseurs) (Données OFDT 2006). Quel que soit l'âge considéré, la proportion d'hommes qui a consommé des psychotropes est un peu plus élevée pour les généralistes que pour l'ensemble de la population, mais il n'y a pas de différence marquée entre les femmes médecins et l'ensemble des femmes.
Idées suicidaires [3]	2 à 4 % des médecins généralistes. Selon les données CNOM 2003, le sur-risque de suicide chez les médecins en activité est évalué à 2,3.
Intention d'abandonner sa profession ou de changer d'établissement (enquête européenne Press-Next 2008)	Plus d'un soignant sur 10

* 58 % des internes de médecine générale de France présentent au moins l'un des 3 critères de *burn-out* (Le Tourneur, Komly, Galam 2011).

Tableau 2. Quelques données significatives de l'état de santé physique des soignants français [3]

79 % se déclarent en bonne ou très bonne santé	Perception moins bonne que chez les cadres mais meilleure que chez les personnes de mêmes âges dans la population générale.
Un peu moins d'1/10 est pris en charge au titre d'une ALD	Légèrement moins (au 31/12/2007) que dans la population âgée de 30 à 64 ans couverte par le régime général de l'Assurance maladie (13,5 %).
34 % sont en surcharge pondérale	
83 % des médecins femmes de 50 ans ou plus ont déclaré avoir réalisé une mammographie de dépistage au cours des 2 dernières années.	Idem cadres ou équivalents.
79 % des médecins femmes ont déclaré avoir réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 3 dernières années.	Légèrement plus que dans la population générale.
Un peu plus d'1 médecin sur 3 a déclaré avoir réalisé une recherche de sang occulte dans les selles.	Plus que dans la population générale.
18 % des médecins ont déclaré être fumeurs.	Moins que dans la population active et dans les professions intellectuelles supérieures.
Les hommes sont 3 fois plus nombreux que les femmes à présenter un risque dû à la consommation d'alcool (38 % vs 13 %)	

médecins libéraux, son caractère plus ou moins contraignant¹, les modalités d'un éventuel encadrement de l'auto-médication ou du choix de son médecin traitant, sont délicates et peuvent être vécues comme une contrainte voire une vexation supplémentaire par des médecins jaloux de leurs prérogatives. Elles n'en méritent pas moins d'être abordées avec lucidité et détermination. Une « nouvelle imagination ordinale » est d'ailleurs évoquée dans le rapport de l'Ordre des Médecins [4] et des modalités de prise en charge sociale et institutionnelles mises en place par l'Association de Promotion des Soins aux Soignants [5].

Des questions sur la médecine en général

Dans la mesure où le médecin patient est, finalement, surtout un patient tandis que le médecin soignant est surtout un soignant, notre réflexion ouvre à des questions sur le soin en général : comment soigner avec la juste distance ? Comment articuler écoute, autonomie, partenariat et directivité ? Comment intégrer les connaissances, peurs et désirs des patients avec celles de leurs soignants ? Comment soigner ses proches, qu'il s'agisse d'une proximité personnelle ou professionnelle ? Comment simplement se positionner face à eux et à leurs soignants quand ils sont malades ? [6]. Finalement, faut-il tendre à soigner les médecins comme les autres ou au contraire, soigner tous les patients comme s'ils étaient aussi un peu médecins ?

La santé des médecins : un indicateur de qualité

Pour préserver la santé des médecins, deux pièges collectifs doivent être évités :

1. Penser qu'il ne s'agit que d'un problème personnel, ce qui en ces temps de tensions démographiques serait irresponsable.

2. Croire que les choses vont s'arranger d'elles-mêmes sans réelle mobilisation collective [7].

Comme le dit Wallace, « la santé des médecins est un indicateur de qualité manquant » [8]. Nous devons préserver le « capital médecin ». Les médecins ont besoin de prévention [9], de soins s'ils sont malades et d'aides à la reprise totale ou partielle du travail ou encore à la reconversion le moment venu. Indépendamment du caractère spécifique ou non des dispositifs, les soignants de médecins doivent être aidés à prendre en charge leurs collègues.

1. Avec le risque, notamment ordinal, d'interdiction d'exercer, équivalent à une mort sociale.

Conclusion

Des recommandations peuvent être formulées à partir de quatre postulats génériques :

1. Le médecin malade est un patient avant tout et doit être traité comme un patient : quand il est confronté à la maladie, l'identité et l'histoire et la personne sont plus importantes que sa profession.

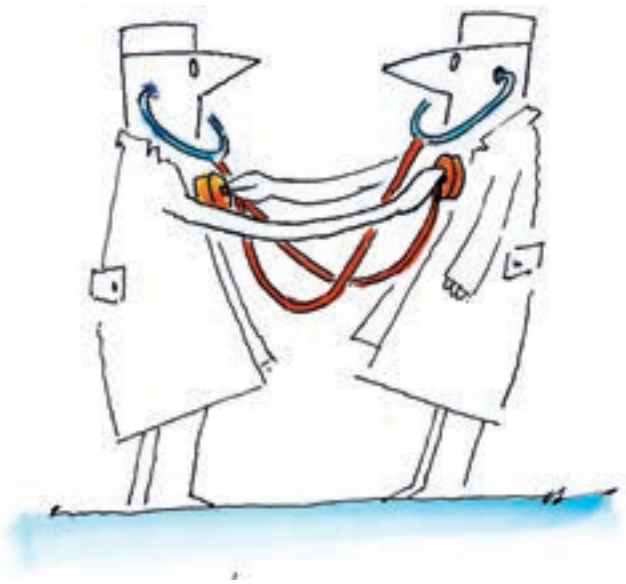
2. La motivation à soigner les médecins malades nécessite un soutien institutionnel non limité à la question du *burn-out* ou des addictions. Les médecins qui acceptent de soigner leurs collègues doivent être formés, accompagnés et soutenus par la profession [9].

3. Dans le même temps la profession doit entamer une réflexion sur le fond sur les moyens de mettre en œuvre outils et dispositifs adaptés : médecin traitant, médecine du travail, établissements dédiés, mécanismes d'assurance et de prévention, aide à la recherche de remplaçants, à la reprise du travail partiel ou totale [10].

4. Enfin, il est essentiel de sensibiliser médecins en exercice et en formation à prendre conscience de la fragilité qu'ils partagent avec tous les êtres humains, à leur besoin d'être soignés si nécessaire et à leur droit de demander et d'obtenir de l'aide s'ils sont malades.

Comme le montre une équipe britannique de psychologues et psychiatres dans une étude réalisée auprès de médecins ayant interrompu leur activité plus de 6 mois pour des problèmes physiques, mentaux, ou d'addiction, « il faut prendre garde à la façon dont la culture de l'invicibilité est générée et maintenue en médecine » particulièrement durant la formation initiale [11].

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



Références :

1. Bonneau Sandra. Le médecin malade : un patient comme les autres [Thèse Médecine]. Paris: Université Paris Diderot; 2011. Sur http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3584_These_Soin_des_Medecins-Lhote-05ju11.pdf accès le 6 août 2013.
2. 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.
3. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. La santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES. Études et résultats. 2010:731.
4. 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
5. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudja JM, 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
6. 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-medecale/info.cfm?noPageSiteInternet=111&cfgsection=bienetre-des-residents&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).
7. Marin L. Positionnement des internes de médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches [Thèse Médecine]. Paris: Université Paris Diderot; 2013.
8. Galam É, Mouriès Fumey A. URML Ile de France. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf (accès le 22 mars 2013)
9. Wallace J, Lemaire J, Gholi WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 374;9702:1714-21.
10. Jaye C, Wilson H. When general practitioners become patients. *Health*. 2000;7(2):201-25.
11. 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.
12. Henderson M, Brooks SK, Del Busso L, Chalder T, Harvey SB, Hotopf M, 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.

Soigner les médecins malades. Seconde partie : quels médecins soignants ?

- ▶ Par leur compétence et leur proximité, leur capacité de suivi et d'accompagnement, les médecins généralistes sont les médecins traitants les plus appropriés, comme pour la population générale. Cela nécessite de préciser leur place, éventuellement dans le cadre d'un dispositif de soins spécifiques pour les soignants, assurant la confidentialité, l'indépendance vis-à-vis de toute instance, la neutralité d'intervenants spécialement formés. Des recommandations peuvent être formulées à partir de quatre postulats génériques.