



- 393 Épuisement des médecins. En parler ! *CM*
 394 Souffrir de soigner. Une pathologie du travail et de la relation. *É. Galam*
 398 Suicide des médecins. Un risque deux fois plus élevé. *Y. Léopold*
 399 Plus d'un médecin sur deux concerné. L'avis des médecins libéraux franciliens. *É. Galam*
 402 Prévention et prise en charge. Les médecins sont des patients difficiles. *É. Galam*
 404 SOS pour les médecins. 0826 004 580, un service d'écoute psychologique. *É. Galam*

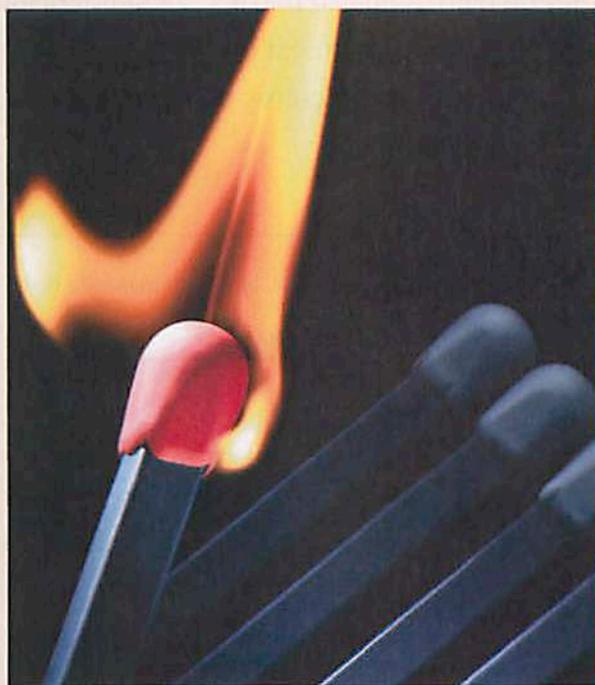
Épuisement des médecins

En parler !

Consummez-vous plus d'alcool, de tabac, de médicaments (hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs) ? Hésitez-vous à prendre des vacances ? Pensez-vous à dévisser votre plaque ? Peut-être souffrez-vous de burn out, comme 53 % des médecins de la région parisienne, selon l'enquête de l'URML Île-de-France (page 399), des résultats inquiétants à mettre en parallèle avec le taux de suicide plus élevé chez les médecins en activité (14,6 %) que dans la population générale (5 %), selon Y. Léopold (page 398).

Burn out : ce stress lié au travail requérant un engagement relationnel frappe les soignants mais aussi les travailleurs sociaux, enseignants, avocats, policiers, ou les familles de malades chroniques. *To burn out* signifie : échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources. Évoqué dans les années 1970, le burn out des médecins a continué son expansion à bas bruit : même en 1998, le premier ouvrage français sur ce sujet n'a eu qu'un impact limité. Et malgré la grève des médecins généralistes en 2001, qui, au-delà des questions financières, interpellait la qualité du travail et la reconnaissance professionnelle, son ampleur dans la profession médicale n'a été reconnue qu'avec les travaux de D. Truchot. En 2003, un article du *Bulletin de l'Ordre des médecins* fait office de reconnaissance institutionnelle, mais ce n'est qu'en 2005 que le burn out sort définitivement de la confidentialité, avec la création d'un dispositif d'aide aux médecins.

En 2006, l'enquête de l'URML Île-de-France a montré que les médecins susceptibles de craquer ont une clientèle importante, consultent sans rendez-vous, effectuent des visites à domicile ; bien installés, le « ventre de la profession » selon l'expression de Régis Mouries, ils partent pourtant peu en vacances (manque de remplaçants), hésitent, voire rechignent, à se faire soigner (la seule profession sans médecine du travail !) et sont même agressés à leur cabinet !



Les causes de ce burn out sont surtout d'ordre professionnel (page 399). La prévention n'est donc pas qu'une affaire privée, mais nécessite une prise en compte collective. Une dizaine de mesures ont été proposées (encadré p. 401), en particulier la création de réseaux de médecins volontaires pour soigner les confrères. Ne pourrait-on pas aussi atténuer les carences de la protection sociale du médecin en introduisant dans sa rémunération une dose de salariat (consultations de prévention), ou reconnaître le burn out médical en maladie professionnelle ?

D'ores et déjà, le médecin en souffrance peut appeler un numéro vert (page 404).

Avec l'aide d'Eric Galam, *Le Concours médical* ouvre le dossier avec cette intention : que la réalité de l'épuisement des professionnels de santé ne soit pas dissimulée.

Le Concours médical



Souffrir de soigner

Une pathologie du travail et de la relation

Les maladies du médecin liées à son exercice et qui se traduisent par des troubles psychiques sont longtemps occultées. Ce déni est largement partagé par ses confrères ; la société s'en arrange tant qu'elle n'en supporte pas les conséquences. Pourtant, le médecin est un acteur de santé publique, et ses difficultés de santé ne sont pas qu'une affaire privée.

Éric Galam

Médecin généraliste, MCUA MG Université Paris 7,
Coordonnateur AAPML
egalam@hotmail.com

Le burn out, ou syndrome d'épuisement professionnel, implique un processus progressif et prolongé qui peut être rattaché à la dépression, au stress, ou encore aux maladies d'adaptation. Il résulte du dysfonctionnement des interactions d'un individu avec le contexte personnel et collectif de son exercice professionnel.

Pathologie existentielle, dès lors que « *le travail est un lieu de conquête et d'identité et fait partie de l'histoire personnelle du soignant* »⁽¹⁾ et véritable pathologie de la relation d'aide, le burn out comporte 3 dimensions, qui ne sont pas forcément nécessaires au diagnostic :

- **épuisement émotionnel (EE)**, marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, une sensation que tout est difficile, voire insurmontable ;
- **tendance à dépersonnaliser les patients (DP)**, vus de manière impersonnelle, négative, détachée, voire cynique ;
- **réduction de l'accomplissement personnel (AP)** : le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi sa propre estime professionnelle et supportant donc moins les efforts requis pour surmonter son épuisement.

Trois types de burn out sont définis⁽²⁾, selon que l'individu abandonne ou surmonte l'épreuve au prix d'un stress important, qu'il travaille de plus en plus jusqu'à l'épuisement, ou que ses conditions de travail sont monotones et peu stimulantes.

Les manifestations du burn out sont multiples et non spécifiques. Les signes cliniques peuvent être somatiques ou fonctionnels, et surtout psychiques ou comportementaux : irritabilité, hypersensibilité, difficultés de concentration, labilité émotionnelle, isolement, rigidité, pessimisme, utilisation de psychotropes, d'alcool ou même de drogues, avec des conséquences notamment lors des prises de décisions professionnelles et personnelles.

UNE ÉPIDÉMIE À BAS BRUIT

Des études comparatives

Finalisée en 1986, une grille (le MBI) permet de quantifier les différents aspects du burn out (*tableau*), de définir des taux faible, moyen ou élevé pour chacune des 3 dimensions (EE, DP, AP), et d'effectuer des comparaisons (*encadré 1*).

Médecins libéraux français

Trois enquêtes⁽²⁾ réalisées par D. Truchot auprès de 1 317 médecins libéraux en 2001, 2003 et 2004, ont montré des taux élevés de burn out, avec, en moyenne, un taux d'épuisement émotionnel élevé (43 %), de dépersonnalisation élevé (40 %), et d'accomplissement personnel bas (33 %).

Par rapport aux médecins américains, les médecins de Champagnes-Ardenne ont des taux moyens plus élevés d'EE (24,15 vs 20,3) et de DP (9,19 vs 8,73).

Médecins généralistes européens

A l'initiative de l'EGPRN⁽³⁾, une étude sur la prévalence du burn out auprès de 1 393 médecins généralistes européens a montré un taux d'EE élevé chez 43 % des praticiens, un taux de DP élevé chez 35,3 %, un faible taux d'AP chez 32 %, avec des scores moyens de respectivement 24 %, 7 % et 37 %.

Le taux peut être élevé dans 3 dimensions (12 % des cas), dans 2 dimensions (21 %), dans une seule (32 %) ou dans aucune (35,1 %). La satisfaction au travail est très basse (5,5 %), basse (9,9 %), moyenne (22,6 %), haute (30,6 %) ou très haute (9,1 %) [*encadré 2*].

Plus d'un soignant sur dix veut changer de métier

Dans l'enquête EGPRN, un peu plus d'un tiers des répondants (32,4 %) ont déclaré avoir l'intention de changer de métier.

Dans l'enquête URML-IdF⁽⁴⁾, la moitié des répondants souhaitent modifier leur exercice, voire changer leur métier ; 12,3 % souhaitent changer de métier et 6 % sont

prêts à arrêter dans un futur plus ou moins proche. D'autres enquêtes, en Poitou-Charentes⁽²⁾ et celle de Zeter⁽⁵⁾, montrent des résultats similaires.

L'univers hospitalier n'est pas épargné, puisque selon l'enquête Press-Next⁽⁶⁾, à partir de 39 898 réponses de soignants hospitaliers européens, dont 7 000 réponses de Français, plus d'un soignant sur 10 a l'intention d'abandonner sa profession ou de changer d'établissement. Les facteurs favorisant cette intention sont : la faiblesse du travail d'équipe qui la sextuple, et le burn out qui la double.

UNE PATHOLOGIE DE LA RELATION

Le burn out est d'abord une pathologie de la relation⁽¹⁾ qui pose le problème éthique de la relation d'aide : quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi-même ? La déshumanisation de la relation est souvent considérée comme une réaction de défense face à l'épuisement, ce qui conduit à une rupture d'idéal et à la perte d'accomplissement personnel.

Le syndrome est aussi caractérisé par les circonstances de diagnostic :

- « diagnostic de couloir » le plus souvent ; ou sentiment ressenti par les collègues, mais qui préfèrent ne pas en parler, renforçant ainsi le déni personnel du médecin souffrant par une véritable loi du silence collective⁽⁸⁾.
- autodiagnostic, non suivi de mesures correctives, voire surcompensé par un excès de zèle qui augmente l'épuisement.

L'exercice de la médecine implique la confrontation à la souffrance d'une part, à l'impuissance et à l'incertitude d'autre part. Les prises en charge difficiles sont éprouvantes pour le médecin aussi, notamment lorsqu'il

faut annoncer de mauvaises nouvelles, oser refuser des demandes illégitimes ou impossibles à satisfaire. Sans compter la gestion de toutes sortes de problèmes éthiques ou hors champ tels que le rapport au travail, la vie affective, les aspects sociaux. Le médecin de premier recours est fréquemment confronté à des situations non programmées, et parfois délicates, augmentant d'autant son stress.

L'exercice professionnel se conçoit le plus souvent dans un cadre libéral soumis à de multiples contraintes liées à la gestion d'une micro-entreprise : payer ses charges, remplir ses déclarations, justifier ses décisions... Dans un cadre hospitalier, les difficultés sont d'une autre nature⁽⁶⁾.

UNE PATHOLOGIE DU TRAVAIL

Les différents aspects du travail interviennent

Le temps de travail. Les médecins travaillent en moyenne 57,5 heures par semaine, gardes non comprises. Mais c'est le nombre de consultations journalières qui est associé à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation, et non la durée du travail.

La qualité du travail est essentielle, notamment sa variété et son harmonie. Les médecins ont souvent le sentiment de devoir se dépêcher ou d'être interrompus en consultation pour effectuer une autre tâche imprévue (urgence, téléphone...) ; ils doivent gérer à la fois un flux continu et tendu et des situations plus difficiles, complexes ou urgentes. Plus les interactions avec le patient sont directes, fréquentes et de longue durée, plus les risques de burn out sont grands.

Ses contours. Lorsque l'activité attendue est mal définie, elle est source d'incertitudes, d'exigences contradictoires entre elles ou avec les valeurs du praticien.

Ses résultats. C'est la performance ressentie si l'on estime ne pas avoir les capacités à réaliser de façon satisfaisante les tâches confiées, si les cas semblent inextricables ou que les patients « résistent » au changement ; l'écart entre le nombre idéal de patients et le nombre de patients effectivement suivis.

Sa maîtrise. Le fait d'exercer un contrôle effectif sur son environnement, ou de croire qu'on l'exerce, est utile. Pour le soignant libéral, les demandes des patients devenus des usagers, les exigences de la tutelle administrative, les recommandations et autres référentiels de bonne pratique ont largement altéré l'autonomie des décisions et des pratiques.

Ses représentations. Le burn out est corrélé à la représentation que le soignant se fait de son travail, de ses clients et de la relation d'aide. La perception du client par le professionnel est structurée par des facteurs positifs (maniabilité, curabilité, sympathie du patient) ou négatifs (difficulté du cas, agressivité du patient et ambiguïté de sa demande). Le burn out pourrait être en partie à l'origine de tensions entre le modèle du médecin idéal que le médecin espère être, et le modèle que la société d'une part, ses patients d'autre part, attendent de lui.

Son caractère plus ou moins équitable. Selon Adams, les individus cherchent à maintenir un équilibre entre,

Taux moyens de burn out : médecins libéraux comparés à d'autres professions d'aide [encadré 1]

Épuisement émotionnel moyen : médecins (25,25) ; aides-soignantes (20,06) ; travailleurs sociaux (17,2) ; pompiers (12,5).

Dépersonnalisation moyenne : médecins (7,46) ; pompiers (7,8) ; travailleurs sociaux (5,2) ; aides-soignantes (5,46).

Accomplissement personnel moyen : médecins (36,77) ; aides-soignantes 34,74 ; travailleurs sociaux (30,4) ; pompiers (28,23).

D'après une étude en Bourgogne.

Variations importantes des taux selon les pays [encadré 2]

- **Épuisement émotionnel** élevé en Bulgarie, Italie et Angleterre
- **Dépersonnalisation** élevée en Grèce, Italie et Angleterre
- **Accomplissement personnel** faible en Grèce, Turquie et Italie
- **Taux élevés dans les 3 dimensions** en Italie (24,5 %), Grèce et Angleterre (17,1 %)
- **Aucun taux élevé** dans plus de 40 % des cas en Croatie, France, Hongrie, Espagne, Malte et Suède

D'après réf 3.



TABLEAU MASLACH BURN OUT INVENTORY (MBI)

Item	Fréquence
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

- jamais 0
- quelques fois par année au moins 1
- une fois par mois au moins 2
- quelques fois par mois ... 3
- une fois par semaine 4
- quelques fois par semaine 5
- chaque jour 6

Répartition des 22 questions

- Epuisement émotionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
Degré de burn out total inférieur à 17 : bas entre 18 et 29 modéré supérieur à 30 élevé
- Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22
Degré de burn out total inférieur à 5 bas entre 6 et 11 modéré supérieur à 12 élevé
- Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21
Degré de burn out total supérieur à 40 bas entre 34 et 39 modéré inférieur à 36 élevé

Degré de burn out	Elevé	Modéré	Bas	Questions
Epuisement émotionnel	> 30	18 < et < 29	< 17	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
Dépersonnalisation	> 12	6 < et < 12	< 5	5, 10, 11, 15, 22
Accomplissement personnel	< 36	34 < et < 39	> 40	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

d'un côté, leurs investissements et leurs bénéfiques, de l'autre, les investissements et les bénéfiques de leur interlocuteur. Les bénéfiques sont le salaire, le plaisir, la reconnaissance, le bien-être, l'expérience acquise. Les investissements sont l'énergie, le temps consacré, les efforts. Dans cet échange, il n'est pas nécessaire que les gains et coûts de chaque partenaire soient de même nature. Selon l'étude de D. Truchot en Bourgogne, seuls 17,3 % des médecins ont le sentiment d'entretenir une relation équitable avec leurs patients, 55,3 % se définissent comme sous-bénéficiaires, et 27,4 % surbénéficiaires.

Son histoire naturelle. La typologie professionnelle, définie par Cherniss selon 4 types (l'activiste est critique à l'égard d'une profession qu'il espère transformer ; l'arriviste recherche prestige, sécurité financière, reconnaissance sociale ; l'artisan valorise l'activité professionnelle et le développement de ses compétences ; pour l'égoïste, l'important est de satisfaire sa vie personnelle), évolue avec le temps d'exercice : le nombre des artisans (42 %) et celui des arrivistes (8 %) reste stable, les égoïstes deviennent de plus en plus nombreux (de 9,5 à 35 %), les activistes moins nombreux (de 40 à 14 %), comme s'ils devenaient égoïstes à mesure qu'ils avancent dans leur carrière. La solution du repli sur soi semble logique ; pourtant, les résultats de D. Truchot démontrent le contraire, puisque l'épuisement émotionnel moyen est le plus élevé chez les arrivistes et les égoïstes, tandis que chez ces derniers, les taux d'accomplissement personnel sont les plus bas.

La motivation, surtout lorsqu'elle est contrariée par l'incapacité à trouver une signification existentielle dans son travail. C'est parce que les professionnels ne peuvent avoir l'impact souhaité qu'ils deviennent victimes du burn out. Pour Freudenberg, le burn out frappe plus particulièrement les individus ayant une image idéalisée d'eux-mêmes, les battants. Le burn out serait en quelque sorte un syndrome post-vocation. Plus récemment, Daloz⁽⁷⁾, à partir d'entretiens auprès de 102 soignants souligne l'importance de l'idéal, sa rigidité ou son atteinte chez les sujets atteints de burn out.

Une lecture collective du burn out⁽⁸⁾

L'évolution du système de santé, confronté à des enjeux sanitaires, économiques et culturels nouveaux, influe sur les pratiques et les représentations des différents acteurs. Plusieurs axes peuvent être repérés :

- le rapport à la connaissance, de plus en plus partagée avec les patients et la population dans son ensemble (droits du patient définis par la loi du 4 mars 2002, médiatisation de la santé) ;
- les ressources, avec des contraintes économiques de plus en plus prégnantes et légitimes qui induisent force règles, contraintes administratives, contrôles, voire menaces ;
- les évolutions culturelles, avec le patient devenu un usager et les dérives consuméristes ;
- les exigences culturelles : principe de précaution érigé en loi et inadmissibilité de la notion de perte de chance (avec ses dérives judiciaires potentielles) ;

- enfin, la baisse démographique, qui oblige les médecins à assumer la continuité des soins.

D'où l'évolution parfois chaotique des fonctions du médecin, et des limites de sa responsabilité et de celles des patients et des institutions. Le travail des médecins s'est alourdi et rigidifié en fonction des exigences administratives⁽⁹⁾, dans un contexte de surcharge, de risques d'erreurs, d'isolement voire d'abandon, tandis que les institutions les laissent aux prises avec des situations de travail à risque.

Poussé par sa formation et son obligation de répondre aux demandes professionnelles et sociétales, le médecin a tendance à avoir recours à une stratégie défensive, l'hypertravail, pour poursuivre son travail malgré le registre du trop de responsabilités, trop de risques, trop d'intensité. L'origine de la cassure, le passage du beaucoup au trop de travail, est l'irruption d'un facteur déclenchant, souvent un événement fortuit, hors du contrôle des médecins et de plus en plus associé aux lacunes du système de santé et aux manquements des regroupements professionnels. Ainsi un système lui-même au bord du burn out ne peut-il qu'aggraver le malaise des soignants.

Désigner le burn out

C'est l'une des réponses au déni collectif qui a longtemps prévalu et qui ajoute à la souffrance du médecin malade la sourde réprobation de ses confrères et de la société ; être reconnu, accompagné et soutenu par la collectivité en cas de difficulté est un facteur protecteur de burn out.

Individuelle et collective, la prise en charge est évolutive. À la lisière d'enjeux syndicaux, elle n'est pas à l'abri d'une instrumentalisation et soulève de délicates questions déontologiques. Parler du burn out, c'est accepter de parler du médecin en tant que personne ; c'est aussi travailler sur l'identité professionnelle des soignants et en chercher les caractéristiques et les ressources ; « *c'est enfin mettre en évidence l'humanité de la fonction soignante par rapport à la technicité des actes* »⁽¹⁾. Un médecin présent dans le soin, n'est-ce pas finalement la meilleure garantie pour le patient comme pour la collectivité ? ♦

RÉFÉRENCES

1. Canoui P, Mauranges A. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burnout aux réponses*. Paris, Masson éd., 1998.
2. Truchot D. *Épuisement émotionnel et burnout concepts, modèles interventions*. Paris, Dunod éd., 2004.
3. Soler JK, Carelli F, Lionis C, Yamah H, EGPRN. *Prévalence du burnout chez les généralistes européens*. *Eur J Gen Pract* 2007;13:248-51.
4. Galan É. *Épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*. Commission Prévention et santé publique. URML Île-de-France, juin 2007.
5. Zeter C. *Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les généralistes de la région Poitou-Charentes*. *Tb : Med Poitiers* 2004.
6. Estryn-Bébar M, Muster D. *Promouvoir la santé des soignants*. *Concours Med* 2007;129:1020-5.
7. Daloz L. *Épuisement professionnel et blessures de l'idéal*. *Pédagogie médicale* 2007;8:2.
8. Maranda MP, Gilbert MA, Saint-Arnaud L, et al. *La détresse des médecins : un appel au changement*. Presses universitaires de Laval éd., 2006.



Causes d'invalidité et d'arrêt de travail chez les médecins libéraux

Yves Leopold

Vice-président de la Caisse de retraite des médecins de France.

Les motifs d'indemnités journalières, de 1999 à 2005

Selon la Carmf, qui ne prend en compte que les arrêts de travail supérieurs à trois mois, en 2006, 18 % des bénéficiaires d'indemnités journalières avaient des troubles mentaux ou du comportement. Les causes tumorales (cancer et hémopathies) représentaient 30 % des motifs d'arrêt.

Les motifs d'invalidité, de 2002 à 2005

En matière d'invalidité, les causes tumorales, dont l'incidence diminue, se classent au quatrième rang (9,7 %) après les troubles du comportement (40 %), les maladies cardiovasculaires (13,6 %) et les maladies neurologiques (13,4 %). Néanmoins, si le motif psychiatrique est au premier plan, avec 40 % des bénéficiaires de la pension d'invalidité, son incidence n'augmente que dans de très modestes proportions ces dernières années, nettement moins que pour le cancer, la rhumatologie ou la neurologie.

Le vrai problème reste que l'évolution en matière d'affections psychiatriques se fait dans la durée, voire dans la chronicité. Dans ce domaine, la Carmf vise à aider les médecins à reprendre progressivement le travail en leur autorisant, sous certaines conditions, le cumul des indemnités journalières et de leur activité libérale. Il reste à trouver les passerelles qui leur permettraient d'exercer une activité plus compatible avec leur état que celle-là même qui fut à l'origine de leur maladie.

Source : Carmf

Suicide des médecins

Un risque deux fois plus élevé

Les chiffres inquiétants de la prévalence du suicide chez les médecins de l'Hexagone incitent à ne pas taire la réalité et à améliorer la prévention.

Yves Léopold

Dr, vice-président de la Caisse de retraite des médecins de France

La notion du risque suicidaire des médecins avait ému la presse américaine dès 1903. Ce risque était doublé par rapport à la population américaine, selon l'étude de Rose et Rosow en 1973, et par rapport à la population anglaise selon un recensement rétrospectif sur une période de trente-cinq ans à partir de 260 suicides en 1986. Une telle surreprésentation du suicide chez les médecins se retrouve dans tous les pays où ont été menées ces études : Allemagne, Suède, Australie et Finlande ⁽¹⁾.

EN FRANCE, UN RISQUE INDISPUTABLE

Une étude sur la prévalence du suicide dans les causes de décès des médecins actifs a été menée en France en



FOTOLIA.COM

2003 avec l'aide du Conseil national de l'Ordre (Cnom). Les départements étaient invités à répondre à un questionnaire sur le nombre de médecins inscrits, le nombre de médecins actifs, le nombre de décès sur une période déterminée, le nombre de suicides certains parmi ces décès. Quelques éléments pouvaient être précisés (addictions, difficultés économiques, divorce, maladie connue, contentieux juridiques ou ordinaux). Seuls 26 départements répondirent de façon exploitable ; néanmoins, cette étude a mis en évidence un fait indiscutable : sur une population de 44 000 médecins, 492 actifs étaient décédés en cinq ans. Et les 69 suicides représentaient 14 % des causes de décès, versus 5,9 % des décès de la population générale de même âge (30 à 65 ans).

- 393 Épuisement des médecins. En parler ! *CM*
 394 Souffrir de soigner. Une pathologie du travail et de la relation. *E. Galam*
 398 Suicide des médecins. Un risque deux fois plus élevé. *Y. Léopold*
 399 Plus d'un médecin sur deux concerné. L'avis des médecins libéraux franciliens. *E. Galam*
 402 Prévention et prise en charge. Les médecins sont des patients difficiles. *E. Galam*
 404 SOS pour les médecins. 0826 004 580, un service d'écoute psychologique. *E. Galam*



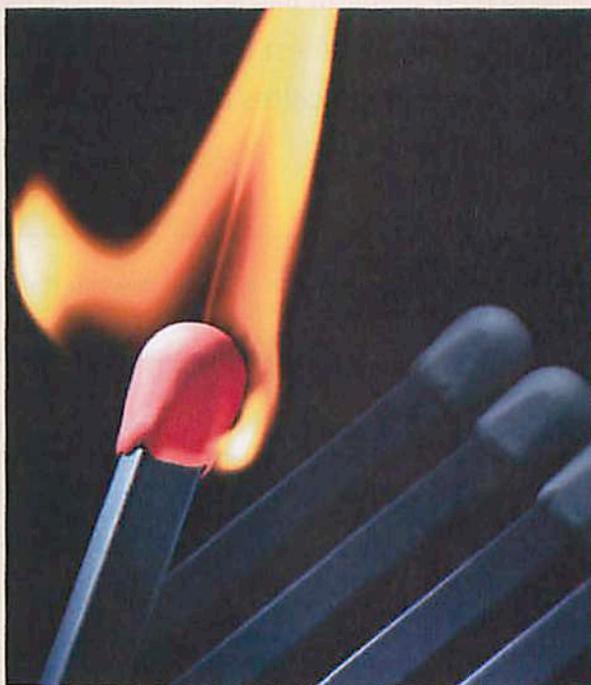
Épuisement des médecins

En parler !

Consummez-vous plus d'alcool, de tabac, de médicaments (hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs) ? Hésitez-vous à prendre des vacances ? Pensez-vous à dévisser votre plaque ? Peut-être souffrez-vous de burn out, comme 53 % des médecins de la région parisienne, selon l'enquête de l'URML Île-de-France (page 399), des résultats inquiétants à mettre en parallèle avec le taux de suicide plus élevé chez les médecins en activité (14,6 %) que dans la population générale (5 %), selon Y. Léopold (page 398).

Burn out : ce stress lié au travail requérant un engagement relationnel frappe les soignants mais aussi les travailleurs sociaux, enseignants, avocats, policiers, ou les familles de malades chroniques. *To burn out* signifie : échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources. Évoqué dans les années 1970, le burn out des médecins a continué son expansion à bas bruit : même en 1998, le premier ouvrage français sur ce sujet n'a eu qu'un impact limité. Et malgré la grève des médecins généralistes en 2001, qui, au-delà des questions financières, interpellait la qualité du travail et la reconnaissance professionnelle, son ampleur dans la profession médicale n'a été reconnue qu'avec les travaux de D. Truchot. En 2003, un article du *Bulletin de l'Ordre des médecins* fait office de reconnaissance institutionnelle, mais ce n'est qu'en 2005 que le burn out sort définitivement de la confidentialité, avec la création d'un dispositif d'aide aux médecins.

En 2006, l'enquête de l'URML Île-de-France a montré que les médecins susceptibles de craquer ont une clientèle importante, consultent sans rendez-vous, effectuent des visites à domicile ; bien installés, le « ventre de la profession » selon l'expression de Régis Mouries, ils partent pourtant peu en vacances (manque de remplaçants), hésitent, voire rechignent, à se faire soigner (la seule profession sans médecine du travail !) et sont même agressés à leur cabinet !



Les causes de ce burn out sont surtout d'ordre professionnel (page 399). La prévention n'est donc pas qu'une affaire privée, mais nécessite une prise en compte collective. Une dizaine de mesures ont été proposées (encadré p. 401), en particulier la création de réseaux de médecins volontaires pour soigner les confrères. Ne pourrait-on pas aussi atténuer les carences de la protection sociale du médecin en introduisant dans sa rémunération une dose de salariat (consultations de prévention), ou reconnaître le burn out médical en maladie professionnelle ?

D'ores et déjà, le médecin en souffrance peut appeler un numéro vert (page 404).

Avec l'aide d'Eric Galam, *Le Concours médical* ouvre le dossier avec cette intention : que la réalité de l'épuisement des professionnels de santé ne soit pas dissimulée.

Le Concours médical



Souffrir de soigner

Une pathologie du travail et de la relation

Les maladies du médecin liées à son exercice et qui se traduisent par des troubles psychiques sont longtemps occultées. Ce déni est largement partagé par ses confrères ; la société s'en arrange tant qu'elle n'en supporte pas les conséquences. Pourtant, le médecin est un acteur de santé publique, et ses difficultés de santé ne sont pas qu'une affaire privée.

Éric Galam

Médecin généraliste, MCUA MG Université Paris 7,
Coordonnateur AAPML
egalami@hotmail.com

Le burn out, ou syndrome d'épuisement professionnel, implique un processus progressif et prolongé qui peut être rattaché à la dépression, au stress, ou encore aux maladies d'adaptation. Il résulte du dysfonctionnement des interactions d'un individu avec le contexte personnel et collectif de son exercice professionnel.

Pathologie existentielle, dès lors que « *le travail est un lieu de conquête et d'identité et fait partie de l'histoire personnelle du soignant* »⁽¹⁾ et véritable pathologie de la relation d'aide, le burn out comporte 3 dimensions, qui ne sont pas forcément nécessaires au diagnostic :

- **épuisement émotionnel (EE)**, marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, une sensation que tout est difficile, voire insurmontable ;
- **tendance à dépersonnaliser les patients (DP)**, vus de manière impersonnelle, négative, détachée, voire cynique ;
- **réduction de l'accomplissement personnel (AP)** : le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi sa propre estime professionnelle et supportant donc moins les efforts requis pour surmonter son épuisement.

Trois types de burn out sont définis⁽²⁾, selon que l'individu abandonne ou surmonte l'épreuve au prix d'un stress important, qu'il travaille de plus en plus jusqu'à l'épuisement, ou que ses conditions de travail sont monotones et peu stimulantes.

Les manifestations du burn out sont multiples et non spécifiques. Les signes cliniques peuvent être somatiques ou fonctionnels, et surtout psychiques ou comportementaux : irritabilité, hypersensibilité, difficultés de concentration, labilité émotionnelle, isolement, rigidité, pessimisme, utilisation de psychotropes, d'alcool ou même de drogues, avec des conséquences notamment lors des prises de décisions professionnelles et personnelles.

UNE ÉPIDÉMIE À BAS BRUIT

Des études comparatives

Finalisée en 1986, une grille (le MBI) permet de quantifier les différents aspects du burn out (*tableau*), de définir des taux faible, moyen ou élevé pour chacune des 3 dimensions (EE, DP, AP), et d'effectuer des comparaisons (*encadré 1*).

Médecins libéraux français

Trois enquêtes⁽³⁾ réalisées par D. Truchot auprès de 1 317 médecins libéraux en 2001, 2003 et 2004, ont montré des taux élevés de burn out, avec, en moyenne, un taux d'épuisement émotionnel élevé (43 %), de dépersonnalisation élevé (40 %), et d'accomplissement personnel bas (33 %).

Par rapport aux médecins américains, les médecins de Champagne-Ardenne ont des taux moyens plus élevés d'EE (24,15 vs 20,3) et de DP (9,19 vs 8,73).

Médecins généralistes européens

À l'initiative de l'EGPRN⁽⁴⁾, une étude sur la prévalence du burn out auprès de 1 393 médecins généralistes européens a montré un taux d'EE élevé chez 43 % des praticiens, un taux de DP élevé chez 35,3 %, un faible taux d'AP chez 32 %, avec des scores moyens de respectivement 24 %, 7 % et 37 %.

Le taux peut être élevé dans 3 dimensions (12 % des cas), dans 2 dimensions (21 %), dans une seule (32 %) ou dans aucune (35,1 %). La satisfaction au travail est très basse (5,5 %), basse (9,9 %), moyenne (22,6 %), haute (30,6 %) ou très haute (9,1 %) [*encadré 2*].

Plus d'un soignant sur dix veut changer de métier

Dans l'enquête EGPRN, un peu plus d'un tiers des répondants (32,4 %) ont déclaré avoir l'intention de changer de métier.

Dans l'enquête URML-IdF⁽⁵⁾, la moitié des répondants souhaitent modifier leur exercice, voire changer leur métier ; 12,3 % souhaitent changer de métier et 6 % sont

prêts à arrêter dans un futur plus ou moins proche. D'autres enquêtes, en Poitou-Charentes⁽²⁾ et celle de Zeter⁽³⁾, montrent des résultats similaires.

L'univers hospitalier n'est pas épargné, puisque selon l'enquête Press-Next⁽⁶⁾, à partir de 39 898 réponses de soignants hospitaliers européens, dont 7 000 réponses de Français, plus d'un soignant sur 10 a l'intention d'abandonner sa profession ou de changer d'établissement. Les facteurs favorisant cette intention sont : la faiblesse du travail d'équipe qui la sextuple, et le burn out qui la double.

UNE PATHOLOGIE DE LA RELATION

Le burn out est d'abord une pathologie de la relation⁽¹⁾ qui pose le problème éthique de la relation d'aide : quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi-même ? La déshumanisation de la relation est souvent considérée comme une réaction de défense face à l'épuisement, ce qui conduit à une rupture d'idéal et à la perte d'accomplissement personnel.

Le syndrome est aussi caractérisé par les circonstances de diagnostic :

- « diagnostic de couloir » le plus souvent ; ou sentiment ressenti par les collègues, mais qui préfèrent ne pas en parler, renforçant ainsi le déni personnel du médecin souffrant par une véritable loi du silence collective⁽⁸⁾.
- autodiagnostic, non suivi de mesures correctives, voire surcompensé par un excès de zèle qui augmente l'épuisement.

L'exercice de la médecine implique la confrontation à la souffrance d'une part, à l'impuissance et à l'incertitude d'autre part. Les prises en charge difficiles sont éprouvantes pour le médecin aussi, notamment lorsqu'il

faut annoncer de mauvaises nouvelles, oser refuser des demandes illégitimes ou impossibles à satisfaire. Sans compter la gestion de toutes sortes de problèmes éthiques ou hors champ tels que le rapport au travail, la vie affective, les aspects sociaux. Le médecin de premier recours est fréquemment confronté à des situations non programmées, et parfois délicates, augmentant d'autant son stress.

L'exercice professionnel se conçoit le plus souvent dans un cadre libéral soumis à de multiples contraintes liées à la gestion d'une micro-entreprise : payer ses charges, remplir ses déclarations, justifier ses décisions... Dans un cadre hospitalier, les difficultés sont d'une autre nature⁽⁹⁾.

UNE PATHOLOGIE DU TRAVAIL

Les différents aspects du travail interviennent

Le temps de travail. Les médecins travaillent en moyenne 57,5 heures par semaine, gardes non comprises. Mais c'est le nombre de consultations journalières qui est associé à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation, et non la durée du travail.

La qualité du travail est essentielle, notamment sa variété et son harmonie. Les médecins ont souvent le sentiment de devoir se dépêcher ou d'être interrompus en consultation pour effectuer une autre tâche imprévue (urgence, téléphone...); ils doivent gérer à la fois un flux continu et tendu et des situations plus difficiles, complexes ou urgentes. Plus les interactions avec le patient sont directes, fréquentes et de longue durée, plus les risques de burn out sont grands.

Ses contours. Lorsque l'activité attendue est mal définie, elle est source d'incertitudes, d'exigences contradictoires entre elles ou avec les valeurs du praticien.

Ses résultats. C'est la performance ressentie si l'on estime ne pas avoir les capacités à réaliser de façon satisfaisante les tâches confiées, si les cas semblent inextricables ou que les patients « résistent » au changement ; l'écart entre le nombre idéal de patients et le nombre de patients effectivement suivis.

Sa maîtrise. Le fait d'exercer un contrôle effectif sur son environnement, ou de croire qu'on l'exerce, est utile. Pour le soignant libéral, les demandes des patients devenus des usagers, les exigences de la tutelle administrative, les recommandations et autres référentiels de bonne pratique ont largement altéré l'autonomie des décisions et des pratiques.

Ses représentations. Le burn out est corrélé à la représentation que le soignant se fait de son travail, de ses clients et de la relation d'aide. La perception du client par le professionnel est structurée par des facteurs positifs (maniabilité, curabilité, sympathie du patient) ou négatifs (difficulté du cas, agressivité du patient et ambiguïté de sa demande). Le burn out pourrait être en partie à l'origine de tensions entre le modèle du médecin idéal que le médecin espère être, et le modèle que la société d'une part, ses patients d'autre part, attendent de lui.

Son caractère plus ou moins équitable. Selon Adams, les individus cherchent à maintenir un équilibre entre,

Taux moyens de burn out : médecins libéraux comparés à d'autres professions d'aide (encadré 1)

Épuisement émotionnel moyen : médecins (25,25) ; aides-soignantes (20,06) ; travailleurs sociaux (17,2) ; pompiers (12,5).

Dépersonnalisation moyenne : médecins (7,46) ; pompiers (7,8) ; travailleurs sociaux (5,2) ; aides-soignantes (5,46).

Accomplissement personnel moyen : médecins (36,77) ; aides-soignantes 34,74 ; travailleurs sociaux (30,4) ; pompiers (28,23).

D'après une étude en Bourgogne.

Variations importantes des taux selon les pays (encadré 2)

- **Épuisement émotionnel** élevé en Bulgarie, Italie et Angleterre
- **Dépersonnalisation** élevée en Grèce, Italie et Angleterre
- **Accomplissement personnel** faible en Grèce, Turquie et Italie
- **Taux élevés dans les 3 dimensions** en Italie (24,5 %), Grèce et Angleterre (17,1 %)
- **Aucun taux élevé** dans plus de 40 % des cas en Croatie, France, Hongrie, Espagne, Malte et Suède

D'après réf 3.

**TABLEAU MASLACH BURN OUT INVENTORY (MBI)**

Item	Fréquence
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

- jamais 0
- quelques fois par année au moins 1
- une fois par mois au moins 2
- quelques fois par mois ... 3
- une fois par semaine 4
- quelques fois par semaine 5
- chaque jour 6

Répartition des 22 questions

- Epuisement émotionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
Degré de burn out total inférieur à 17 : bas entre 18 et 29 modéré supérieur à 30 élevé
- Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22
Degré de burn out total inférieur à 5 bas entre 6 et 11 modéré supérieur à 12 élevé
- Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21
Degré de burn out total supérieur à 40 bas entre 34 et 39 modéré inférieur à 36 élevé

Degré de burn out	Elevé	Modéré	Bas	Questions
Epuisement émotionnel	> 30	18 < et < 29	< 17	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
Dépersonnalisation	> 12	6 < et < 12	< 5	5, 10, 11, 15, 22
Accomplissement personnel	< 36	34 < et < 39	> 40	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

d'un côté, leurs investissements et leurs bénéfices, de l'autre, les investissements et les bénéfices de leur interlocuteur. Les bénéfices sont le salaire, le plaisir, la reconnaissance, le bien-être, l'expérience acquise. Les investissements sont l'énergie, le temps consacré, les efforts. Dans cet échange, il n'est pas nécessaire que les gains et coûts de chaque partenaire soient de même nature. Selon l'étude de D. Truchot en Bourgogne, seuls 17,3 % des médecins ont le sentiment d'entretenir une relation équitable avec leurs patients, 55,3 % se définissent comme sous-bénéficiaires, et 27,4 % surbénéficiaires.

Son histoire naturelle. La typologie professionnelle, définie par Cherniss selon 4 types (l'activiste est critique à l'égard d'une profession qu'il espère transformer ; l'arriviste recherche prestige, sécurité financière, reconnaissance sociale ; l'artisan valorise l'activité professionnelle et le développement de ses compétences ; pour l'égoïste, l'important est de satisfaire sa vie personnelle), évolue avec le temps d'exercice : le nombre des artisans (42 %) et celui des arrivistes (8 %) reste stable, les égoïstes deviennent de plus en plus nombreux (de 9,5 à 35 %), les activistes moins nombreux (de 40 à 14 %), comme s'ils devenaient égoïstes à mesure qu'ils avancent dans leur carrière. La solution du repli sur soi semble logique ; pourtant, les résultats de D. Truchot démontrent le contraire, puisque l'épuisement émotionnel moyen est le plus élevé chez les arrivistes et les égoïstes, tandis que chez ces derniers, les taux d'accomplissement personnel sont les plus bas.

La motivation, surtout lorsqu'elle est contrariée par l'incapacité à trouver une signification existentielle dans son travail. C'est parce que les professionnels ne peuvent avoir l'impact souhaité qu'ils deviennent victimes du burn out. Pour Freudenberg, le burn out frappe plus particulièrement les individus ayant une image idéalisée d'eux-mêmes, les battants. Le burn out serait en quelque sorte un syndrome post-vocation. Plus récemment, Daloz⁽⁷⁾, à partir d'entretiens auprès de 102 soignants souligne l'importance de l'idéal, sa rigidité ou son atteinte chez les sujets atteints de burn out.

Une lecture collective du burn out⁽⁸⁾

L'évolution du système de santé, confronté à des enjeux sanitaires, économiques et culturels nouveaux, influe sur les pratiques et les représentations des différents acteurs. Plusieurs axes peuvent être repérés :

- le rapport à la connaissance, de plus en plus partagée avec les patients et la population dans son ensemble (droits du patient définis par la loi du 4 mars 2002, médiatisation de la santé) ;
- les ressources, avec des contraintes économiques de plus en plus prégnantes et légitimes qui induisent force règles, contraintes administratives, contrôles, voire menaces ;
- les évolutions culturelles, avec le patient devenu un usager et les dérives consuméristes ;
- les exigences culturelles : principe de précaution érigé en loi et inadmissibilité de la notion de perte de chance (avec ses dérives judiciaires potentielles) ;

- enfin, la baisse démographique, qui oblige les médecins à assumer la continuité des soins.

D'où l'évolution parfois chaotique des fonctions du médecin, et des limites de sa responsabilité et de celles des patients et des institutions. Le travail des médecins s'est alourdi et rigidifié en fonction des exigences administratives⁽⁹⁾, dans un contexte de surcharge, de risques d'erreurs, d'isolement voire d'abandon, tandis que les institutions les laissent aux prises avec des situations de travail à risque.

Poussé par sa formation et son obligation de répondre aux demandes professionnelles et sociétales, le médecin a tendance à avoir recours à une stratégie défensive, l'hypertravail, pour poursuivre son travail malgré le registre du trop de responsabilités, trop de risques, trop d'intensité. L'origine de la cassure, le passage du beaucoup au trop de travail, est l'irruption d'un facteur déclenchant, souvent un événement fortuit, hors du contrôle des médecins et de plus en plus associé aux lacunes du système de santé et aux manquements des regroupements professionnels. Ainsi un système lui-même au bord du burn out ne peut-il qu'aggraver le malaise des soignants.

Désigner le burn out

C'est l'une des réponses au déni collectif qui a longtemps prévalu et qui ajoute à la souffrance du médecin malade la sourde réprobation de ses confrères et de la société ; être reconnu, accompagné et soutenu par la collectivité en cas de difficulté est un facteur protecteur de burn out.

Individuelle et collective, la prise en charge est évolutive. À la lisière d'enjeux syndicaux, elle n'est pas à l'abri d'une instrumentalisation et soulève de délicates questions déontologiques. Parler du burn out, c'est accepter de parler du médecin en tant que personne ; c'est aussi travailler sur l'identité professionnelle des soignants et en chercher les caractéristiques et les ressources ; « *c'est enfin mettre en évidence l'humanité de la fonction soignante par rapport à la technicité des actes* »⁽¹⁰⁾. Un médecin présent dans le soin, n'est-ce pas finalement la meilleure garantie pour le patient comme pour la collectivité ? ♦

RÉFÉRENCES

1. Camoui P, Mauranges A. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burnout aux réponses*. Paris, Masson éd., 1998.
2. Truchot D. *Épuisement émotionnel et burnout concepts, modèles interventions*. Paris, Dunod éd., 2004.
3. Soler JK, Carelli F, Lionis C, Yamah H. EGPRN. *Prévalence du burnout chez les généralistes européens*. *Eur J Gen Pract* 2007;13:248-51.
4. Galam É. *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*. Commission Prévention et santé publique. URML Île-de-France, juin 2007.
5. Zeter C. *Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les généralistes de la région Poitou-Charentes*. *Tb : Med Poitiers* 2004.
6. Estryn-Béhar M, Muster D. *Promouvoir la santé des soignants*. *Concours Med* 2007;129:1020-5.
7. Daloz L. *Épuisement professionnel et blessures de l'idéal*. *Pédagogie médicale* 2007;8:2.
8. Maranda MF, Gilbert MA, Saint-Arnaud L, et al. *La détresse des médecins : un appel au changement*. Presses universitaires de Laval éd., 2006.



Causes d'invalidité et d'arrêt de travail chez les médecins libéraux

Yves Leopold

Vice-président de la Caisse de retraite des médecins de France.

Les motifs d'indemnités journalières, de 1999 à 2005

Selon la Carmf, qui ne prend en compte que les arrêts de travail supérieurs à trois mois, en 2006, 18 % des bénéficiaires d'indemnités journalières avaient des troubles mentaux ou du comportement. Les causes tumorales (cancer et hémopathies) représentaient 30 % des motifs d'arrêt.

Les motifs d'invalidité, de 2002 à 2005

En matière d'invalidité, les causes tumorales, dont l'incidence diminue, se classent au quatrième rang (9,7 %) après les troubles du comportement (40 %), les maladies cardiovasculaires (13,6 %) et les maladies neurologiques (13,4 %). Néanmoins, si le motif psychiatrique est au premier plan, avec 40 % des bénéficiaires de la pension d'invalidité, son incidence n'augmente que dans de très modestes proportions ces dernières années, nettement moins que pour le cancer, la rhumatologie ou la neurologie.

Le vrai problème reste que l'évolution en matière d'affections psychiatriques se fait dans la durée, voire dans la chronicité. Dans ce domaine, la Carmf vise à aider les médecins à reprendre progressivement le travail en leur autorisant, sous certaines conditions, le cumul des indemnités journalières et de leur activité libérale. Il reste à trouver les passerelles qui leur permettraient d'exercer une activité plus compatible avec leur état que celle-là même qui fut à l'origine de leur maladie.

Source : Carmf

Suicide des médecins

Un risque deux fois plus élevé

Les chiffres inquiétants de la prévalence du suicide chez les médecins de l'Hexagone incitent à ne pas taire la réalité et à améliorer la prévention.

Yves Léopold

Dr, vice-président de la Caisse de retraite des médecins de France

La notion du risque suicidaire des médecins avait ému la presse américaine dès 1903. Ce risque était doublé par rapport à la population américaine, selon l'étude de Rose et Rosow en 1973, et par rapport à la population anglaise selon un recensement rétrospectif sur une période de trente-cinq ans à partir de 260 suicides en 1986. Une telle surreprésentation du suicide chez les médecins se retrouve dans tous les pays où ont été menées ces études : Allemagne, Suède, Australie et Finlande ⁽¹⁾.

EN FRANCE, UN RISQUE INDISCUABLE

Une étude sur la prévalence du suicide dans les causes de décès des médecins actifs a été menée en France en



FOTOLIA.COM

2003 avec l'aide du Conseil national de l'Ordre (Cnom). Les départements étaient invités à répondre à un questionnaire sur le nombre de médecins inscrits, le nombre de médecins actifs, le nombre de décès sur une période déterminée, le nombre de suicides certains parmi ces décès. Quelques éléments pouvaient être précisés (addictions, difficultés économiques, divorce, maladie connue, contentieux juridiques ou ordinaux). Seuls 26 départements répondirent de façon exploitable ; néanmoins, cette étude a mis en évidence un fait indiscutable : sur une population de 44 000 médecins, 492 actifs étaient décédés en cinq ans. Et les 69 suicides représentaient 14 % des causes de décès, versus 5,9 % des décès de la population générale de même âge (30 à 65 ans).

CINQ MARQUEURS DU RISQUE SUICIDAIRE DOIVENT ALERTER

Un travail, avec l'Amicale des psychiatres de Vaucluse, a permis d'identifier cinq marqueurs du risque significatifs : les conduites addictives et le divorce, presque une fois sur deux ; les difficultés financières et les conflits judiciaires, pénaux, administratifs ou ordinaires et, enfin, la maladie, mentale (psychose maniaco-dépressive) ou organique (cancer). Cette liste a permis de mettre en place une procédure d'alerte dans le Vaucluse, à la charge des secrétaires du conseil de l'Ordre mais aussi de tous les conseillers, voire de tout médecin, en vertu du droit d'ingérence confraternel. Dès lors que plusieurs marqueurs sont présents, il est du devoir de chacun de s'inquiéter et d'agir quand cela est possible pour protéger un confrère en difficulté.

D'autres données issues de cette étude confirment la surreprésentation des femmes-médecins, et celle des psychiatres, des généralistes et des anesthésistes.

En revanche, il est difficile de dégager, sur une série aussi limitée, d'autres tendances : il ne semble pas que l'exercice urbain ou rural soit significativement impliqué ; l'installation en groupe ne semble pas procurer une protection, pas plus que l'appartenance à des structures de

FMC ou à des équipes pluridisciplinaires ; secteurs hospitaliers et libéraux sont touchés de façon égale. Manque à nos données l'influence de la pratique en groupe Balint.

Contrairement à l'hypothèse de moyens facilitateurs du suicide dans la population médicale, seuls les anesthésistes semblent avoir utilisé des techniques médicalisées pour mettre fin à leurs jours (comme dans l'étude de Hawton en 2000 où 50 % des suicides d'anesthésistes étaient dus à des agents anesthésiques, et où l'usage des barbituriques et des toxiques était plus fréquent chez les médecins que dans le reste de la population). Dans cette série vauclusienne (22 suicides en dix ans), les autres causes de suicide étaient classiques (armes à feu, train ou défenestration, gaz d'échappement).

Outre la prévention en amont par la formation et la sélection des acteurs de santé et en aval par les diverses structures ordinaires, amicales ou sanitaires, l'universalité de ce problème démontre que la pratique médicale est en elle-même une activité à risque, une évidence que la corporation dans son ensemble refuse de la même façon que le médecin malade nie sa propre souffrance. Un défi important reste à relever par une attitude volontariste. ♦

RÉFÉRENCE

I. Chocard A, Gobier B, Juan F, et al. Le suicide des médecins. *Revue de la littérature. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* 2003;65:23-9.

Plus d'un médecin sur deux concerné

L'avis des médecins libéraux franciliens

Selon une enquête de l'URLM Île-de-France sur les stratégies d'adaptation des médecins face au stress, ces derniers pointent surtout les facteurs professionnels parmi les causes de leur épuisement. Des recommandations pour la prévention et la prise en charge institutionnelle et individuelle sont proposées.

Éric Galam

Médecin généraliste, MCUA MG Université Paris 7,
Coordonnateur AAPML

La commission exerce en cabinet libéral de l'URLM Île-de-France, présidée par le Dr Régis Mouriès, a organisé une vaste enquête en novembre-décembre 2006, par auto-questionnaire adressé à 10 000 médecins libéraux franciliens (soit 40 % d'une population de 24 000 praticiens) tirés au sort dans le fichier de

l'URLM ; cet échantillon représentatif tient compte des ratios hommes-femmes, généralistes-spécialistes, et grande couronne-petite couronne-Paris intra-muros.

Ce questionnaire comprend 4 parties : avis des médecins sur les causes de l'épuisement professionnel en général et expression de leurs propres difficultés ; conséquences possibles de cet épuisement ; opinions quant aux solutions à apporter pour améliorer leurs conditions d'exercice et positionnement personnel par rapport au risque de burn out ; caractéristiques personnelles.

La moitié des répondants (53 %) se sentent personnellement menacés de burn out (encadré 1)

Ce sont 60,8 % des médecins généralistes et 62,3 % des médecins exerçant en secteur 1 (vs 36,6 % en secteur 2).

Les facteurs qui influencent cette réponse :

- l'âge : 56,2 % des moins de 60 ans, 57,5 % des 45-50 ans, 39,5 % des plus de 60 ans ;
- le statut matrimonial : vivre en couple serait un élément protecteur (51,1 % vs 66,3 % des médecins célibataires) ;
- le nombre d'actes : 43,9 % avec moins de 3 000 actes par an vs 64,6 % avec plus de 6 000 actes par an ;
- le mode d'organisation des rendez-vous : 60,4 % des médecins consultant sans rendez-vous ou avec moins de la moitié de leur temps de consultation sur rendez-vous versus 49 % de ceux consultant

exclusivement sur rendez-vous ;

- la pratique de la visite à domicile : 58,3 % vs 46,3 % ;
- une activité salariée complémentaire semble constituer un élément protecteur : 49,2 % vs 55,7 % ;
- le sexe a peu d'influence : 55,2 % des femmes vs 53,7 % des hommes.

Dans les situations suivantes :

- fragilité psychologique (90,2 %) ;
- impression de ne plus s'accomplir dans son métier (83 %) ;
- problèmes de santé (82,9 %) ;
- difficultés d'ordre affectif (81 %) ;
- difficultés d'ordre financier (73,9 %).

Les problèmes les plus difficiles à gérer sont :

- les excès de travail et la gestion

du temps (n = 316) ;

- les exigences administratives (270) ;
- les exigences et les conflits avec les patients (227) ;
- les situations médicales (105) ;
- les questions financières (90) ;
- la vie privée (68) ;
- l'état du médecin (54) ;
- les problèmes juridiques (51) ;
- la non-reconnaissance (32) ;
- le travail trop compliqué (31) ;
- les contraintes de formation (23) ;
- l'organisation du cabinet (18) ;
- la relation avec le patient (18) ;
- l'insécurité (15) ;
- l'isolement (14).

Un désir de changement prononcé

(encadré 2)

Caractéristiques des médecins envisageant de changer de métier :

- hommes, célibataires (11,7 %), sans activité complémentaire salariée (64,6 %) ;
- exerçant seul (54 %) ;
- moins de 3 000 actes ;
- ne s'accomplissent plus dans le métier ;
- fragilité psychologique.

Caractéristiques des médecins envisageant de modifier profondément leur activité :

parmi eux, 69 % sont des hommes, célibataires (9,6 %), secteur 1 (62 %), sans activité complémentaire salariée (64,7 %), plus de 6 000 actes.

(72,9 %). Parmi les causes d'ordre personnel arrive en tête le manque de temps pour la vie privée (84 %).

Plus de la moitié des médecins répondants se sentent particulièrement concernés

Ces médecins particulièrement concernés sont aussi ceux qui se sentent personnellement menacés de burn out (encadré 1). Ils évoquent surtout des causes professionnelles : excès de paperasserie (63 %), augmentation des contraintes collectives (45,6 %), non-reconnaissance de l'action du médecin (45 %), durée des journées de travail. Le manque de temps pour la vie privée vient en cinquième position (41 %). Les items ayant trait à des problèmes d'ordre personnel sont les moins évoqués.

L'analyse des réponses des médecins se sentant menacés de burn out (le chiffre entre parenthèses correspond au pourcentage de médecins ayant cité l'item) permet de repérer des marqueurs caractéristiques :

- difficultés financières privées (82,9 %) ;
- impression de ne pas (ou plus) s'accomplir dans son métier (83 %) ;
- problèmes de santé (73,9 %) ;
- augmentation du risque de contentieux (58,3 %).

La fragilité psychologique est déclarée uniquement par des médecins se sentant menacés de burn out.

Conséquences de l'épuisement

La première conséquence évoquée est la diminution de l'accomplissement professionnel (87,2 %, voire 90,1 % pour ceux qui se sentent menacés de burn out), suivie de la dégradation de la relation médecin-patient (84,4 %), de l'altération de la qualité des soins (82,6 %), puis de l'augmentation des dépenses de santé (55,8 %).

Cinq solutions sont plébiscitées

Améliorer la protection sociale des médecins (97,2 %) ; mieux définir la nature et les limites de la responsabilité médicale (95,6 %) ; prendre en compte le médecin pour lui-même

UNE ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS FRANCILIENS

Un fort taux de réponses

Le fort taux de réponses, près de 10 % des médecins franciliens, est en soi un message important qui souligne l'intérêt des médecins pour ce sujet.

Les causes possibles de l'épuisement professionnel des médecins libéraux

Les 6 causes les plus citées sont d'ordre professionnel : quasi unanimement l'excès de paperasserie (96 %), puis la non-reconnaissance de l'action du médecin (90,1 %), la charge de travail (89,1 %), l'augmentation des contraintes collectives (88,6 %), la longueur des journées (85,3 %), l'exigence des patients (84,1 %).

Les causes d'ordre médical évoquées le plus souvent sont la difficulté à s'adapter aux nouvelles recommandations (74 %), la prise en charge difficile de certains patients

(93,2 %) ; mieux préparer les étudiants en médecine (93,2 %) ; faciliter la gestion administrative (88,4 %). La délégation de tâches au personnel paramédical constitue la solution portant apparemment le plus à discussion, surtout pour les médecins spécialistes (46 % optent pour cette solution).

L'alcool, le tabac, les médicaments

Les médecins menacés de burn out sont plus enclins à la consommation d'alcool ou de tabac (91,1 %) et à la prise de médicaments (91,6 %). Ces deux comportements peuvent donc être retenus comme des « marqueurs » du médecin se sentant « en danger ».

Pour l'ensemble des médecins les moyens de protection auxquels ils ont recours sont les suivants : vacances et loisirs (88,5 %), prise de médicaments (19,9 %), suivi par un psychologue (17,3 %), groupes de pairs (15,7 %), groupes Balint (3,6 %).

Les médicaments sont pris surtout par les médecins confrontés à des problèmes de santé (25,5 % vs 11,1 % dans l'échantillon total), ayant une fragilité psychologique (19,9 % vs 5,9 %), des problèmes financiers (17 % vs 9,9 %), un sentiment d'inaccomplissement (29,1 % vs 15,5 %), et d'isolement (19,6 % vs 11,6 %).

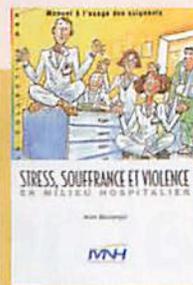
La moitié des répondants souhaitent modifier leur exercice, voire changer de métier

279 médecins veulent changer de métier, soit 12,3 % de l'échantillon, et 50 d'entre eux sont prêts à arrêter leur activité. La tendance est plus marquée parmi les médecins se sentant menacés de burn out (43,6 % vs 23,2 %) (encadré 2).

En résumé, on peut dresser le profil des médecins menacés de burn out

53 % des médecins qui répondent à cette enquête se sentent menacés de burn out : médecins généralistes (60,8 %), exerçant en secteur 1 (62,3 %), âgés de moins de 65 ans et célibataires, ils réalisent plus de 6 000 actes par an, travaillent plutôt sans rendez-vous, font des visites à domicile et n'ont pas d'activité salariée complémentaire.

12,3 % des répondants envisagent de changer de métier. Parmi eux, 6 % sont prêts à mettre à exécution ce désir dans



Sans être exhaustif, délibérément agrémenté d'illustrations pour une approche plus conviviale, ce livre propose des pistes qui se veulent être la base d'une réflexion commune dans laquelle chacun peut trouver des signes, des clefs pour un mieux-être professionnel et personnel.

Mauranges A. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*. MNH 2007.

un futur plus ou moins proche ; 38,3 % envisagent de modifier profondément leur exercice.

Reste à savoir si les médecins les plus menacés ou déjà atteints ont plus ou moins répondu que les autres ?

En tout cas, cette enquête confirme celle des URML Poitou-Charentes, Champagne-Ardenne et Bourgogne qui avaient permis d'objectiver le phénomène et d'en apprécier l'importance.

LE BURN OUT N'EST PAS SEULEMENT UNE AFFAIRE PERSONNELLE

Comme le souligne le choix préférentiel par les médecins des items professionnels à la fois dans les causes et dans les conséquences du phénomène, le burn out n'est pas seulement une affaire personnelle, mais bien un problème collectif.

Les réponses sur les causes de l'épuisement ont été corrélées à celles pour lesquelles les médecins se sentent particulièrement concernés : l'adéquation est très élevée pour les items professionnels et beaucoup moins pour les items personnels. Faut-il y voir une difficulté à parler de soi-même ou un fait objectif ?

Ce travail aspire à sensibiliser médecins, institutions et patients, à la prise en compte du médecin en tant que personne et que soignant. Il s'intéresse au médecin pour lui-même tout en l'incitant à être acteur de sa vie professionnelle. Il pose la question des limites de l'activité médicale et des registres de responsabilité et d'implication du médecin. Il a donné lieu à des recommandations de l'URML Île-de-France (encadré 3). ♦

Principales recommandations, URML Île-de-France, juin 2007 (encadré 3)

En direction des institutions

Réduire le temps de carence (actuellement quatre-vingt-dix jours) de prise en charge par la Carmf des indemnités journalières des médecins en cas d'arrêt de travail, prise en compte du risque « accident du travail ».

Reconnaître ce syndrome comme maladie professionnelle pour les médecins.

Reconnaître la pénibilité de la profession de médecin en fonction de certains critères à préciser.

Suivi plus précis par la Carmf des affections psychiatriques déclarées, en détaillant les

pathologies du burn out.

Développer le travail commencé par l'Académie de médecine sur l'infirmité médicale. Préciser les projets des internes et des jeunes médecins, les inciter à s'installer par des mesures qui ne seraient pas uniquement financières.

En direction des médecins

Il faut inciter :

– les associations de FMC à former les médecins à la prise en charge de leurs confrères malades ;

– à l'adoption d'une « hygiène de vie professionnelle », ménageant des temps de repos

et de détente pour préserver cet outil de soin qu'est le médecin ;

– les autorités universitaires à intégrer à la formation des étudiants en médecine un module présentant le statut de libéral, la gestion d'un cabinet, les spécificités, avantages et difficultés, du mode d'exercice libéral ;

– à l'instauration d'une formation plus étendue et continue à la relation médecin-patient.

En direction de la population

Informers le public et les médias sur l'importance, la complexité, les contraintes et les limites de l'action du médecin.



Prévention et prise en charge

Les médecins sont des patients difficiles

Les professionnels de santé en général, et les médecins en particulier, tardent à se faire soigner. Leur prise en charge est difficile, d'autant qu'elle impose à leurs confrères des contraintes déontologiques (signalement). Des mesures préventives sont nécessaires.

Éric Galam

Médecin généraliste, MCUA MG Université Paris 7, Coordonnateur AAPML

Les médecins ont un bon niveau de prévention et leurs comportements de santé sont identiques à ceux de la population générale, mais ils recourent à l'automédication de manière presque systématique et n'ont pas d'arrêt de travail. Ils tiennent peu compte de leurs maladies, qualifiées par là même d'occultes⁽¹⁻⁴⁾. Ils ne demandent pas d'aide de crainte que leurs collègues ne considèrent leur maladie comme une faiblesse ; pire, ils essayent de cacher

leurs troubles et remettent à plus tard la demande d'aide, aggravant ainsi le pronostic⁽⁵⁾.

CONFIDENTIALITÉ ET SIGNALEMENT

La prise en charge d'un médecin malade implique un certain nombre de contraintes. Certes, le statut de malade est plus prégnant que celui de médecin et, pour le soignant, le médecin malade est d'abord un malade et ensuite un médecin, même si, à l'inverse, le malade médecin se voudrait toujours plus médecin que malade... Pourtant, ne serait-ce que par la bonne connaissance des maladies, l'accès facile à l'information et aux traitements, la prise en charge de ce patient est délicate et impose au moins deux contraintes :

- la confidentialité due comme à tout autre patient, mais d'autant plus importante dans ce cas qu'il s'agit d'un professionnel participant de la vie publique et exerçant une profession libérale ;
- la préservation de la santé des patients dont le médecin malade a la charge, avec les difficiles questions déontologiques que pose le maintien en exercice d'un médecin défaillant ou son éventuelle interdiction. Faut-il signaler, et à qui, un confrère malade, et de ce fait potentiellement dangereux pour ses patients ? Si la réponse semble évidente, sa mise en œuvre peut être ressentie comme une véritable dénonciation...

Prendre soin de soi et de ses confrères

La première étape consiste à s'intéresser à soi, à reconnaître sa part de responsabilité et ses limites, et à se préserver en récusant l'hypertravail⁽⁶⁾ et en relativisant le mythe de la toute-puissance et de l'endurance.

Sur le plan personnel, il s'agit d'accepter de se faire plaisir dans le soin et hors du soin (loisirs) et de replacer l'activité professionnelle dans son existence en se posant la question de son idéal professionnel et de sa confrontation aux conditions réelles d'exercice.

La reconnaissance des signes d'alerte par le sujet lui-même, mais aussi, souvent, par l'entourage, est précieuse. Si je suis fatigué, irritable, si j'ai l'impression que rien ne sert à rien, qu'il y a trop à faire et que finalement je ne suis pas compétent, alors, je suis peut-être en danger. De même, l'attention portée aux collègues en difficulté relève non seulement d'un souci de confraternité et de déontologie vis-à-vis des patients mais aussi d'un besoin pragmatique. L'abord du confrère malade, tant par les soignants que par les institutions, qui ne pourront plus longtemps éluder ce grave problème de santé publique, est délicat et chronophage, mais reste indispensable.

1. Maranda MF, Gilbert MA, Saint-Arnaud L, et al. La détresse des médecins : un appel au changement. Presses universitaires de Laval éd., 2006.

DES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES, NOTAMMENT POUR LES PATHOLOGIES MENTALES OU LES ADDICTIONS

Si les pathologies bénignes relèvent le plus souvent de l'automédication, ou du système de soins standard, des prises en charge plus complexes peuvent être nécessaires. Mais nombre de médecins rechignent à soigner leurs confrères malades d'autant qu'ils estiment parfois ne pas avoir à se faire payer, ce qui devient problématique lors d'une prise en charge prolongée. Cette retenue financière peut d'ailleurs encourager le malade à moins consulter pour ne pas déranger. De plus, l'absence d'une relation soignant-soigné claire peut altérer d'autant les prises de décisions et le suivi, notamment par rapport aux dépistages et à la prévention. Il est donc nécessaire de repérer, recruter, former, accompagner et aider des médecins volontaires pour soigner leurs confrères.

Dans les pathologies mentales ou les addictions, des dispositifs dédiés semblent plus adaptés. Il peut aussi être nécessaire de disposer de ressources humaines et structurelles pour les situations urgentes.

À l'instar de ce qui existe au Canada (PAMQ)⁽⁶⁾ [encadré p. 405] ou en Espagne⁽⁴⁾, le syndicat des anesthésistes SNPHAR réclame depuis 2004, un Programme institutionnalisé d'aide aux médecins en France (PAIMF). Reste le difficile problème de la médecine du travail, dont une partie des médecins ne veut pas entendre parler.

La prise en charge du burn out se situe à différents niveaux et peut concerner les individus, l'organisation et son contexte, ou l'interaction des individus et du système dans lesquels ils évoluent. Le burn out est un processus avec un avant, un pendant et un après. Se posent ainsi les questions du dépistage, de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement du professionnel lors du retour à l'activité, s'il est possible. Résultant le plus souvent d'une longue lutte pour en atténuer les effets, le burn out est une véritable faillite, dont il est très difficile de se remettre, surtout dans le contexte libéral. On ne saurait donc trop souligner l'importance de mesures préventives et de moyens

alternatifs pour le médecin qui se sent en difficulté mais ne peut pas s'arrêter.

AGIR SUR LE PLAN PROFESSIONNEL, SOCIAL, CULTUREL

Des mesures professionnelles

La prévention consiste à reconnaître les facteurs du stress professionnel et à les atténuer, à agir sur la charge et la nature du travail, à protéger les médecins et à les inciter à développer des loisirs, à préserver leur vie privée.

La formation permet d'aider les praticiens à assumer les difficultés liées aux soins (annoncer une mauvaise nouvelle, assumer une erreur, gérer des contraintes multiples...). Elle doit 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.

La prise en charge consiste à développer des structures d'écoute, d'accompagnement, d'échanges entre pairs et 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.

Des mesures sociales

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...

Des mesures culturelles

Elles visent 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 de prises en charge, certes individuelles, mais aussi collectives et institutionnelles, qui impliquent un travail de fond auprès de la population et des médias. ♦

RÉFÉRENCES

1. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, et al. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005;5:471-9.
2. Levasseur G. Les médecins bretons et leur santé. URML Bretagne, juillet 2003.
3. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, thèse DMG, Université Cogem Poitou-Charente, 1^{er} juillet 2004, Poitiers.
4. Programme Attention intégrale médecins malades (PAIMM) <http://paimm.fgalatea.org/frat/comissio.htm>
5. Comité permanent médecins européens (CPME). Bulletin Ordre national des médecins 2003, n° 20.
6. Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) <http://www.pamq.org/>

↑ À RETENIR

- Les médecins sont des malades « difficiles ».
- Ils nécessitent un abord spécifique fondé sur un réseau de soignants désignés comme tels, et des structures dédiées et confidentielles réservées aux situations aiguës ou complexes.
- Un travail institutionnel, collectif et culturel, est indispensable pour faciliter une prise en charge plus précoce et préciser les modalités concrètes et les questions déontologiques.

SUMMARY.

- Doctors make difficult patients.
- They require a specific treatment environment based on a network of medical professionals designated as caregivers, and completely confidential structures reserved for doctors who find themselves in crisis or complicated situations.
- The medical field and society as a whole must, while taking into account the cultural element, work toward an earlier implementation of treatment. This effort of rethinking should aim at developing concrete plans and dealing with ethical questions.

↓ À NE PAS FAIRE

- Refuser de reconnaître ses propres difficultés ou croire qu'on doit les assumer toujours tout seul.
- Fermer les yeux devant un confrère fragile ou en tension.
- Traiter un confrère malade avec désinvolture et non comme un patient sous prétexte que « c'est un confrère ».

AVOID.

- Refusing to recognize one's difficulties or thinking that you must always face them all alone.
- Closing one's eyes to the problems or distress of a professional colleague.
- Treating an ill colleague more casually than a "real" patient, using the excuse that he is a colleague.



SOS pour les médecins

0826 004 580, un service d'écoute psychologique

Depuis le 1^{er} juin 2005, l'Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML), créée par le Dr Régis Mouriès, a mis sur pied un dispositif d'aide téléphonique (0826 004 580) disponible sept jours sur sept, 24 heures sur 24.

Éric Galam

Médecin généraliste, MCUA MG Université Paris 7, Coordonnateur AAPML

Ce numéro dédié permet aux médecins en difficulté psychologique dans l'exercice de leur profession de communiquer de manière anonyme avec un psychologue clinicien, formé par un médecin coordonnateur et membre de la société Psya (spécialisée dans la prévention et la gestion des risques psychosociaux par l'accueil et l'écoute active téléphonique et liée à l'AAPML par une convention à durée limitée).

DU CAS SIMPLE À L'URGENCE

S'il le désire, le médecin reçoit un numéro d'anonymat qui lui permet de rappeler jusqu'à 5 fois le service. En cas de nécessité, l'appelant est orienté vers une structure adaptée ou vers un professionnel compétent.

On distingue ainsi trois situations :

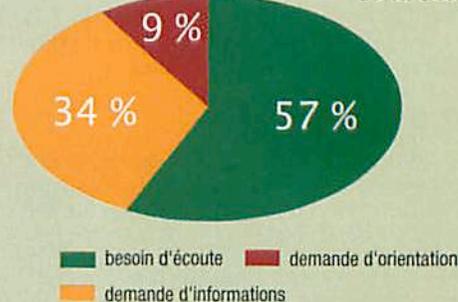
- les cas simples où l'appel suffit ;
- les cas complexes qui nécessitent plusieurs appels, à l'issue desquels l'appelant peut être orienté ;
- les cas d'urgence où une procédure spécifique est activée, s'il existe un danger pour autrui ou une menace de suicide.

Chaque appel donne lieu à la saisie d'une fiche de données, comportant des items quantitatifs et qualitatifs (sauf si cela risque d'altérer le déroulement de l'entretien). Ces données, protégées par le secret médical et par l'anonymat de principe, permettent d'effectuer des statistiques.

Répartition des appels en fonction de la nature du problème évoqué



Répartition des appels en fonction de la nature de la demande



100 APPELS EN 2005, 115 EN 2007, SOIT UNE DIZAINE PAR MOIS

Depuis la mise en place de la plate-forme d'écoute et de soutien par téléphone, le 1^{er} juin 2005, 332 sollicitations téléphoniques sont parvenues concernant 240 appelants, soit 1,38 appel en moyenne par appelant. 28 % des appelants ont contacté au moins 2 fois la plate-forme (5 appels par personne au maximum, mais 6 % des appelants ont téléphoné à 6 reprises).

Les professionnels de santé contactent la plate-forme depuis leur cabinet : 87,7 % aux heures ouvrables ; 85 % du lundi au vendredi, 8,1 % le samedi, 6,9 % le dimanche. En moyenne, la durée d'un appel est de vingt-trois minutes ; mais varie de plus d'une demi-heure (34 %) à moins de dix minutes (24,5 %).

CARACTÉRISTIQUES DES APPELANTS

54 % sont des hommes, 46 % des femmes. L'âge moyen est de 50 ans ; 42,7 % ont de 50 à 60 ans ; 14,7 % plus de 60 ans ; 6,7 % moins de 40 ans.

61 % sont mariés ou vivent maritalement ; 32 % sont célibataires ou divorcés.

60 % sont généralistes, 22 % spécialistes, 9 % membres de l'entourage de professionnels de santé, 9 % dentistes ou infirmiers.

La plupart des appelants sont en activité, seuls 10 % sont en arrêt maladie.

BESOIN D'ÉCOUTE, D'INFORMATION OU D'ORIENTATION

Les appels sont répartis en 3 catégories en fonction de la nature de la demande : besoin d'écoute (57 %), demande d'informations (34 %) ou d'orientation (9 %) [schéma].

Les problèmes évoqués relèvent de l'activité soignante (15 % des cas), de la vie professionnelle (37 %) ou privée (32 %), de l'articulation vie professionnelle-vie privée (16 %) [schéma].

La majorité des appelants a des troubles ou une préoccupation anxieuse, voire un état dépressif. 27 déclarent suivre une psychothérapie, 48 recevoir un traitement médicamenteux. Certains ont évoqué leur alcoolisme ou leurs idées suicidaires.

Les troubles psychologiques se traduisent par une humeur dépressive, des troubles du sommeil, des troubles relationnels, une nervosité.

43 appelants ont été orientés vers des structures adaptées à leur besoin, dont près de la moitié pour une psychothérapie, et le quart d'entre eux vers le milieu associatif. Un patient a été hospitalisé.

UN DISPOSITIF ENCORE FRAGILE

Actuellement réservé aux médecins libéraux d'Île-de-France et, depuis 2007, à ceux de la région PACA et aux den-



Le site Internet www.aapml.fr

Un site Internet, opérationnel depuis octobre 2005, compte, au 30 juin 2007, 10 346 visiteurs, soit en moyenne 15 visites quotidiennes.

Il n'héberge pas de données personnelles ; en revanche, les adresses électroniques des professionnels intéressés sont recueillies, afin de permettre la diffusion d'une newsletter. Une déclaration à la CNIL a donc été déposée.

tistes d'Île-de-France, ce dispositif* a vocation à couvrir tout le territoire.

Avec une moyenne de 11 appels par mois, d'aucuns pourraient estimer qu'il n'est pas très rentable ; mais, étant donné la difficulté pour les médecins de demander de l'aide et leur manque de disponibilité pour se soigner, ces résultats sont loin d'être négligeables.

Selon le rapport sur l'entraide ordinaire de la commission nationale permanente** : « Quant à un numéro vert au Conseil national... non seulement cela multiplierait les appels téléphoniques mais, de plus, cela impliquerait une organisation particulière, compétente en la matière, pour y répondre 24 h sur 24 ».

Ce numéro existe aujourd'hui et mérite d'être pérennisé. Faisons-le connaître ! ♦

NOTES

* Contribuant à l'amélioration de la qualité des soins apportés par les médecins, ce dispositif a obtenu un financement public par l'Assurance-maladie dans le cadre d'une convention EAQSV Île-de-France, et le soutien de la Fondation de France, du Conseil régional d'Île-de-France et, depuis 2007, de l'URML PACA. Dans le cadre de l'extension de la cellule d'écoute à d'autres professionnels de santé, un partenariat a été établi avec l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) ouvrant ainsi la cellule d'écoute aux dentistes franciliens.

** Adopté lors des assises du conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2004, p. 9.

Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Anne Magnan

Médecin, directrice générale du programme

Le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) a été mis en place il y a dix-sept ans pour accueillir le médecin en difficulté, le réassurer sur la pertinence de sa demande d'aide, lui montrer les solutions à son problème et l'accompagner dans sa démarche. Au cours de l'année 2006-2007, 369 nouvelles demandes d'aide ont été reçues, avec presque deux fois plus de demandes chez les

omnipraticiens que chez les spécialistes. Les médecins résidents sont très nombreux à faire appel au PAMQ, indice que les premiers signes de détresse apparaissent très tôt dans l'exercice. Toute demande d'aide est prise en charge par un médecin-conseil (les médecins en difficulté ont très souvent l'impression que seul un pair peut les comprendre).

Ces médecins-conseils, de par leur neutralité et leur indépendance (aucune affiliation à un ordre professionnel susceptible de retirer le droit

d'exercice, à une institution de santé ou à un syndicat médical), permettent au médecin en détresse de sortir de son isolement et d'avoir un lien avec une personne aidante qui n'est pas son médecin traitant, mais qui peut le guider, tout en préservant la confidentialité de son dossier. Le PAMQ joue aussi un rôle capital en tant qu'organisation pour briser le silence dans la communauté médicale comme dans le grand public. ♦ 414135

<http://www.pamq.org>



Le dossier médical intègre les conversations téléphoniques avec le Samu depuis mars 2002

Les conversations téléphoniques enregistrées avec le Samu font-elles partie du dossier médical du patient ?

**RÉPONSE DE
MARION PIPARD**

Membre de l'institut Droit et Santé



Pour répondre à cette question, une distinction doit être faite selon que les conversations téléphoniques, entre le médecin régulateur du Samu et le médecin dépêché sur place, ont eu lieu avant ou après l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, soit le 6 mars 2002.

Si les conversations ont été enregistrées avant cette date, elles ne font pas partie du dossier médical et aucune disposition légale ou régle-

mentaire n'impose de procéder à leur conservation. C'est en ce sens que s'est prononcé le tribunal administratif de Nice, dans une décision du 20 avril 2007, pour des enregistrements datant du 12 mars 2000.

La solution devrait être différente depuis l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, qui confère au patient un droit d'accès direct aux informations concernant sa santé. En effet, en vertu de l'article L.1111-7 du code de la santé publique, les professionnels de santé et les établissements de soins sont dans l'obligation de conserver les informations concernant la santé d'un patient dès lors qu'elles sont formalisées et qu'elles ont soit contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic, du traitement ou à une action de prévention, soit fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé.

Le problème est alors de savoir si des bandes magnétiques retranscrivant les conversations enregistrées avec le Samu sont des informations « formalisées ».

Lors des débats parlementaires, le sens à donner à la notion d'information formalisée a été source de discussions. Des précisions ont été apportées dans l'arrêté du 5 mars 2004, portant homologation des recommandations de bonnes pratiques publiées par l'Anaes, qui considère que sont formalisées « les informations auxquelles il est donné un support (écrit, photographie, enregistrement, etc.) avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles ». D'après ces recommandations, un enregistrement téléphonique peut donc être considéré comme une « information formalisée » dès lors qu'il est utile à

l'élaboration et au suivi du diagnostic de la personne.

En outre, l'article R.1112-2 du CSP (ancien article R.710-2-1 du CSP) dresse une liste à minima des éléments devant figurer dans le dossier médical constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé. La liste n'est donc pas limitative et doit être complétée par toutes les informations répondant aux critères légaux de l'article L.1111-7 du CSP.

De surcroît, les bandes magnétiques seraient également communicables aux ayants droit du patient décédé si les informations qu'elles contiennent sont nécessaires pour connaître les causes de la mort, pour défendre la mémoire du défunt ou, enfin, pour faire valoir leurs droits, et ce, sauf volonté contraire exprimée par le patient de son vivant. ♦ 413742

test de lecture

Crises convulsives de l'enfant (p. 383)

Jusqu'à l'âge de 4 ans, l'EEG de sommeil doit être systématique après une première crise convulsive (en dehors des convulsions fébriles simples).

Vrai Faux

Une imagerie en urgence doit être réalisée devant des crises convulsives non fébriles du nourrisson.

Vrai Faux

Trois facteurs déclenchants doivent être recherchés devant la recrudescence de crises. Lesquels ?

- un épisode infectieux
- Vrai Faux
- un manque de sommeil
- Vrai Faux

- une modification du traitement

Vrai Faux

Une crise de durée supérieure à dix minutes caractérise un état de mal épileptique.

Vrai Faux

Rivotril, puis Dilantin, puis Gardénil peuvent être utilisés dans le traitement d'un état de mal.

Vrai Faux

Le phénomène de Raynaud (p. 388)

Les dérivés ergotiques peuvent entraîner un phénomène de Raynaud symétrique.

Vrai Faux

Parmi les examens diagnostiques de première intention, il y a :

- la radiographie thoracique

Vrai Faux

- la capillaroscopie

Vrai Faux

- les anticorps antinucléaires

Vrai Faux

Pathologie veineuse (p. 389)

Il faut conseiller au patient de ne pas prendre de bains dont la température est supérieure à :

35°C Vrai Faux

36°C Vrai Faux

37°C Vrai Faux