

Le burn out chez le médecin



LE BURN OUT

.....

Alain Lutz nous propose une mise en perspective du burn out des médecins dans le cadre général de leur santé mentale, avec ses facteurs de stress spécifiques, et souligne les difficultés de la prise en charge de ces patients qui ne se considèrent pas « comme les autres ».

.....

La santé mentale des médecins est un sujet de plus en plus préoccupant. Les psychiatres sont de plus en plus consultés par leurs confrères. Les études attestent de ce phénomène. Ainsi, en 1998, l'Association médicale canadienne a mis en évidence que les médecins présentent une incidence moindre d'accident cardiovasculaire et de cancer que la population générale. Par contre, on retrouve parmi les médecins une incidence accrue de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, d'alcoolisme et de dépendance soit aux benzodiazépines, soit aux opiacés.

Dès lors, notre réflexion doit suivre deux axes :

1. Quelles sont les causes de ce phénomène ?
2. La prise en charge psychiatrique d'un médecin est-elle différente de celle d'un autre patient ?

Les facteurs de stress

Il est couramment admis que la vie d'un médecin est stressante. En effet, celui-ci travaille beaucoup, dort peu (particulièrement lorsqu'il fait des gardes), prend des responsabilités importantes et est quotidiennement confronté à des questionnements éthiques. En outre, il doit faire face à la mort et les philosophes nous ont appris qu'il s'agit là de la chose la plus angoissante pour un homme occidental.

Mais, tous ces éléments n'ont rien de bien neuf. On peut raisonnablement accepter qu'il y a cinquante ans, un médecin était déjà confronté aux mêmes difficultés. Alors, quels seraient les nouveaux facteurs de stress ?

- Le premier est sans nul doute l'augmentation impressionnante des connaissances médicales au cours de ces dernières années. Tout médecin qui veut maîtriser son art doit s'informer quotidiennement, ce qui lui demande du temps et un accès facile aux banques de données. En outre, les publications scientifiques évoluent à une vitesse telle que le praticien ne peut jamais être sûr d'être à la pointe.
- L'apparition des nouvelles technologies est également un facteur de stress important. En effet, il faut pouvoir les maîtriser mais, en outre, elles sont coûteuses. Lorsqu'un jeune médecin installe son cabinet, il se trouve confronté à des choix difficiles. Peut-il s'équiper correctement sans dépenser des sommes somptueuses ?
- Nous en arrivons ainsi à un problème crucial. De nombreux médecins sont confrontés à des difficultés financières. Il leur faut rembourser un emprunt hypothécaire, l'emprunt d'emménagement du cabinet et un éventuel prêt d'études. Ceci constitue un poids certain mais, en outre, diminue la marge de manœuvres de l'intéressé. En effet, si un jour il souhaite changer son mode de vie, les échéances financières l'en empêchent et il se sent ainsi prisonnier d'une situation déplaisante.
- Dans de nombreux pays règne une incertitude quant à l'avenir du système de soins. L'impossibilité de pouvoir se représenter l'avenir est, pour toute personne, un élément angoissant.
- L'impact des fusions hospitalières ne peut être négligé. De nombreux médecins se sentent soudainement et injustement dépouillés de ce qu'ils ont construit. Fréquemment, ils le ressentent comme de l'ingratitude. Sur le plan des relations personnelles, il s'agit d'une difficulté non négligeable. Un service grandit petit à petit ; idéalement, ses membres choisissent de travailler ensemble. Apprendre qu'il faudra collaborer avec de nouveaux collègues, voire un nouveau chef de service, peut engendrer une peur légitime.
- Les patients sont de plus en plus exigeants

Alain Lutz,
psychiatre,
chargé de cours,
faculté de
médecine,
département de
neurologie et de
psychiatrie,
université
catholique de
Louvain.

*Extrait du
syllabus
Eléments de
psychopathologie
et paru dans
Louvain médical,
janvier 2002, vol.
121, n° 1.*

Mots clés : santé mentale,
travail et santé.

vis-à-vis du corps médical. Ils arrivent régulièrement à la consultation en s'étant déjà largement documenté sur leur maladie. Aux Etats-Unis, il existe un site payant sur Internet : celui-ci permet aux patients d'introduire leur cas et le diagnostic du médecin consulté ; celui-ci est alors critiqué par les spécialistes du site...

- Le nombre de procès intentés aux médecins est en nombre croissant.
- L'esprit de compétition dans les milieux universitaires a atteint un niveau difficilement supportable.
- Enfin, le harcèlement sexuel et la peur d'en parler deviennent un phénomène préoccupant.

Dickstein est professeur de psychiatrie à l'Université de Louisville. En mai 2001, elle a présenté une étude au congrès de l'Association américaine de psychiatrie. Celle-ci montre qu'aux Etats-Unis plus d'un assistant sur quatre présente une dépression majeure avant la fin de sa spécialisation. Dans la littérature, la prévalence sur la vie de la dépression majeure varie entre 12% et 18%. Parmi les assistants américains, la prévalence sur six ans est de 25%. Il y a là de quoi nous inquiéter.

Le burn out

Le burn out est un syndrome présentant trois caractéristiques principales :

- un affaiblissement psychique et physique ;
- une perte d'empathie voire du cynisme ;
- une diminution du rendement et un absentéisme.

Ce syndrome est régulièrement associé à une assuétude.

Le burn out n'est pas tant la conséquence d'un stress extrême que d'un déséquilibre entre le stress quotidien et le *return*. Expliquons-nous. Toute activité médicale engendre un certain niveau de stress. A titre d'exemple, le travail en salle d'urgence, au quartier opératoire ou aux soins intensifs engendre un état de tension. Celui-ci est généralement bien toléré pour autant que le soignant reçoive un *return*, c'est-à-dire une gratification ou au moins un sentiment d'efficacité. Le burn out apparaît généralement lorsque ce *return* s'affaiblit.

Dans certains pays, le burn out a atteint de proportions impressionnantes. Ainsi, en Suède, un médecin hospitalier sur trois demande une nouvelle affectation alors qu'un médecin sur dix souhaite quitter la profession médicale.

En France, dans les hôpitaux universitaires, plus d'un chef de service sur trois souhaite abandonner ses fonctions alors que près d'un non-chef de service sur deux refuserait cette promotion si elle lui était proposée. Comment comprendre les résultats de cette étude alors qu'il y a peu le poste de chef de service dans un hôpital universitaire représentait encore le sommet de la carrière médicale ? Selon Masquelet, les charges qui pèsent sur les épaules d'un chef de service sont devenues de plus en plus écrasantes : on attend de lui qu'il soit un excellent clinicien mais également un bon gestionnaire ; il lui faut enseigner et diriger de nombreux travaux de recherche.

Parallèlement, son pouvoir de décision s'est considérablement réduit au profit d'une direction de plus en plus administrative.

On retrouve donc ici un phénomène de déséquilibre.

Les défis de la prise en charge

Il est assez habituel de dire qu'un médecin malade doit être traité comme tout autre patient. S'il est convenable de tenir cette position, il existe pourtant des défis dans la prise en charge psychiatrique du médecin-patient.

● Les préjugés

On retrouve, parmi les médecins, les mêmes préjugés que dans la population générale (peur d'être considéré comme fou, comme un faible...).

Mais il y a des éléments particuliers au médecin. Ainsi, dans certaines facultés, la psychiatrie n'est pas reconnue comme une science médicale à part entière. D'autre part, la difficulté du médecin-patient est d'accepter qu'il est malade. Et lorsqu'il l'accepte, la honte est souvent intense. Ceci s'explique peut-être par le fait que les médecins placent leur idéal de vie fort haut ; ils ne peuvent se permettre aucune erreur, aucun manquement... Dès lors, lorsque l'un d'eux « craque », il se sent terriblement inférieur à



ses collègues.

Les préjugés sont particulièrement délétères en ce sens qu'ils retardent le traitement et peuvent, dès lors, péjorer le pronostic.

● Accepter le rôle du patient

Le médecin se doit de tout contrôler, dans l'exercice de sa profession. C'est ce qu'on attend de lui. Or, l'acceptation du rôle du patient entraîne une perte de contrôle. Et si l'habitude est une seconde nature, cela ne peut se faire sans réticence.

D'autre part, l'inquiétude des médecins-patients est souvent consécutive à la connaissance théorique (parfois erronée) de la maladie, du traitement et du pronostic. Il n'est pas rare d'entendre un médecin affirmer que la dépression est une maladie incurable...

● L'automédication

L'automédication est compréhensible et prévisible. Le médecin a un accès facile aux médicaments. En outre, il est gêné d'être malade et tient à rester autonome.

A la consultation de psychiatrie, il est donc bien rare de voir un médecin qui ne se soit pas automédiqué.

Il est essentiel que, dès la première consultation, le psychiatre clarifie les rôles et qu'il assume, lui seul, la prescription médicamenteuse.

● Le mensonge

Le médecin-patient peut cacher délibérément des éléments anamnestiques importants lors d'une consultation psychiatrique. Ses craintes sont multiples : il peut avoir peur du traitement, d'une hospitalisation en psychiatrie voire d'une mise en observation.

Lorsqu'un médecin travaille en milieu hospitalier, il consulte souvent là où il travaille. Mais y a-t-il collusion entre le psychiatre et son employeur ?

Enfin, quel que soit le type de pratique du médecin-patient, il peut se méfier d'un éventuel rapport du psychiatre à l'Ordre des médecins. Certes, le psychiatre est tenu au secret médical. Mais, l'état de nécessité ne le poussera-t-il pas à alerter l'Ordre ? A cet égard, le psychiatre doit rassurer le patient.

● La méconnaissance des troubles anxieux

Il faut systématiquement rechercher la présence de troubles anxieux chez les étudiants en médecine et chez les médecins et, particulièrement, la phobie spécifique, la phobie sociale, les attaques de panique et les troubles obsessionnels compulsifs.

A la consultation, il ne faut pas s'étonner d'entendre un étudiant en médecine déclarer sa phobie du sang ou des injections. De même, certains assistants sont devenus maîtres dans

l'évitement des staffs tant la crainte de parler en public est grande.

Dans le milieu médical, les attaques de panique paraissent inavouables. Quant aux troubles obsessionnels compulsifs, on comprend que dans un milieu aussi exigeant certains médecins décompensent sur ce mode-là.

La comorbidité des troubles anxieux n'est pas négligeable. Ainsi, un trouble anxieux peut être associé :

- à un autre trouble anxieux ;
- à un trouble de l'humeur ;
- à une assuétude ;
- à un trouble du comportement alimentaire.

Le traitement ne se limite pas à une prescription médicamenteuse mais il faut la plupart du temps envisager une psychothérapie individuelle ainsi que des entretiens de famille.

Enfin, puisqu'il vaut mieux prévenir que guérir, il serait bon que dans les hôpitaux, les médecins soient plus impliqués dans les décisions qui les concernent et qu'il y ait une concertation entre les différents niveaux hiérarchiques. Et, en fin de compte, le mieux ne serait-il pas de renforcer la solidarité entre confrères ? Mais cela, nous sommes les seuls à pouvoir le faire... ●

Conclusion

« Lorsqu'on traite un médecin, c'est un patient comme un autre ». Cette phrase, cent fois redite, doit sans doute être considérée comme une pratique idéale vers laquelle on tend mais qui présente de nombreux défis. Malgré ceux-ci, le traitement psychiatrique des médecins est associé à un excellent pronostic. Pour autant, il faudrait améliorer les possibilités de soins aux étudiants en médecine et aux médecins. Il est désormais indispensable que les facultés de médecine offrent un éventail de programmes d'appui aux étudiants en médecine, aux assistants et aux médecins actifs qui sont très exposés à la consommation de substances et à la toxicomanie, ou aux maladies psychiatriques. Les programmes d'appui et d'aide aux médecins devraient être facilement accessibles et rigoureusement confidentiels. Il serait également nécessaire d'établir des groupes d'entraide spécialisés pour les médecins qui ont des besoins particuliers comme ceux qui font face à des poursuites pour faute professionnelle ou à des audiences disciplinaires, ou ceux qui ont une incapacité de longue durée ou permanente.