



Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

**DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS**

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 6 novembre 2018

Par les Docteurs Marianne LAINE et Guillaume PICQUENDAR

**Burnout des médecins, le point de vue des patients :
Une étude qualitative**

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année 2018

Sommaire

I.	Introduction	3
1.	Un phénomène fréquent.....	3
2.	Des conséquences nombreuses	3
3.	Définitions.....	4
4.	Des causes multiples	6
5.	Objectifs du travail	7
II.	Méthode	9
1.	Type d'étude.....	9
2.	Population étudiée.....	9
3.	Recueil des données	9
4.	Analyse des données	10
5.	Ethique	10
III.	Résultats.....	11
1.	Population de l'étude	11
2.	Résultats.....	11
IV.	Discussion	17
1.	Rappel des principaux résultats	17
2.	Une bonne appréhension théorique du sujet	17
3.	Le patient face au burnout du médecin	17
4.	Une vision du médecin et son corolaire.....	18
5.	Discussion de la méthode.....	19
5.	Conclusion et perspectives	20
V.	Bibliographie.....	21
	Guide d'entretien.....	23
	Verbatims intéressants.....	24
	Abstract.....	27

I. Introduction

1. Un phénomène fréquent

Le burnout des médecins est un phénomène fréquent. Une récente étude américaine montre que 45.8% des 7288 médecins interrogés sont atteints de burnout, toutes spécialités confondues (1). Cette étude révèle que les soins de première ligne sont les plus impactés, en particulier les urgentistes. En Europe, plus de 40% des médecins généralistes présentent un haut niveau d'épuisement émotionnel (2). Les médecins généralistes français ne sont pas épargnés et présentent des taux d'épuisement émotionnels similaires (3). Les internes de médecine sont également affectés : 16 % d'entre eux présentent un haut niveau d'épuisement émotionnel (EE), 33,8% de dépersonnalisation (DP) et 38.9% d'accomplissement personnel (AP) réduit (4). Ainsi, les médecins représentent une population particulièrement exposée à l'épuisement professionnel.

2. Des conséquences nombreuses

Le burnout impacte la santé du médecin, le système de soin et les patients également. Mais, la distinction entre causes, conséquences et symptômes du burnout est souvent difficile. Le tableau 1 résume les conséquences du burnout.

L'impact du burnout sur la santé des médecins est important.

Les manifestations physiques comprennent la fatigue, l'irritabilité, les troubles du sommeil (5). Ces manifestations ne sont pas à prendre à la légère car le burnout augmente le risque d'hypertension artérielle et infarctus du myocarde (5), il s'associe à un excès de consommation d'alcool et de psychotropes (2,4,5). Il est responsable d'idées suicidaires et de passage à l'acte avec des tentatives de suicide (4,5)

Mais le médecin en burnout a tendance à s'isoler (5) socialement et dans le soin : les médecins privilégient l'autodiagnostic et l'automédication (6). Plus de 67% des médecins n'ont pas de médecin traitant.

Le burnout est lié à une diminution de la qualité des soins (7), des temps de consultation plus courts et à l'irritabilité (5). Il y a un impact sur la sécurité des patients (8,9) avec une

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

augmentation du risques d'erreurs. Cet épuisement professionnel s'associe alors à l'apparition de contentieux judiciaires entre médecins et patients (10).

Le savoir-faire médical est impacté, les médecins en burnout multiplient les avis auprès des autres spécialistes et leurs prescriptions. Il s'en suit une augmentation du coût des soins. Le cout des prescriptions annuelles par patient passe de 146,56€ à 165,05€ chez un médecin généraliste en burnout (5).

Le syndrome d'épuisement professionnel s'associe à un désir de reconversion, à l'absentéisme voire à l'arrêt de l'exercice (2-4,11). Il est lié à une densité médicale plus faible (3). Ainsi la démographie médicale induit et majore les risques de burnout, ce qui est impacte directement le patient.

Tableau 1 : conséquences du burnout des médecins

Santé du médecin	Qualité des soins	Offre de soins
<ul style="list-style-type: none">▪ Alcool tabac psychotropes▪ Idéation suicidaire, tentative de suicide▪ Syndrome dépressif▪ Hypertension, infarctus du myocarde▪ Irritabilité▪ Isolement▪ Trouble du sommeil, fatigue	<ul style="list-style-type: none">▪ Erreurs médicales▪ Satisfaction des patients diminuée▪ Sécurité des patients diminuée▪ Coût de la prise en charge augmentée	<ul style="list-style-type: none">▪ Absentéisme▪ Arrêt de l'exercice▪ Densité médicale faible

3. Définitions

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10) ainsi que le Manuel de Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) ne proposent pas de définition du burnout.

En France, il n'est pas reconnu comme maladie professionnelle.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Les définitions du burnout sont nombreuses. Elles soulignent la complexité de ce phénomène et permettent de comprendre l'usage répandu et parfois non adapté de ce terme dans la population générale.

C.Maslach le caractérisait dans la population générale comme un état d'épuisement dans lequel l'individu développe un certain cynisme et des doutes sur ses capacités à atteindre ses objectifs (12). Pour Freudenberger, le syndrome d'épuisement professionnel était un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources qui provoquait un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé (13).

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants bénéficie d'une définition largement admise proposée par C.Maslach et Jackson : le burnout est un syndrome qui associe ;épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel réduit (14).

- L'épuisement émotionnel (EE) est l'élément clé du burnout. Il est marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, une sensation que tout est difficile voire insurmontable.

- La dépersonnalisation (DP) se caractérise par une tendance à déshumaniser la relation avec les patients. Ces derniers sont vus de façon impersonnelle, négative, détachée voir cynique.

- L'accomplissement personnel réduit (AP) est marqué par une auto dévalorisation du soignant. Celui-ci se voit comme incompetent, sans utilité pour ses patients. L'estime qu'il a de lui-même diminue tant du point de vue personnel que professionnel. Il supporte donc moins les efforts qu'il doit faire pour surmonter l'épuisement.

Le burnout est à la croisée de plusieurs syndromes, notamment le syndrome dépressif. Ils partagent l'humeur dysphorique, l'épuisement émotionnel et le risque suicidaire. Contrairement au sujet dépressif, le sujet atteint de burnout conserve un gout des choses dans les aspects autres que le travail. Il présente une estime de soi et une vitalité généralement mieux conservée que le sujet dépressif (15).

4. Des causes multiples

Le burnout est le fruit d'une exposition à un stress chronique (12). De nombreux facteurs influencent l'apparition progressive de ce syndrome. Ils sont résumés dans le tableau 2.

L'environnement de travail regroupe de nombreux facteurs. La charge de travail joue un rôle prépondérant mais aussi complexe. Une charge quantitative de travail élevée (nombre d'heures, nombre d'actes, le nombre de gardes et de permanence) favorise l'EE (2,5,10,16). Mais la charge qualitative de travail influe également. En effet le contrôle de la charge de travail, la sévérité ou la complexité des problèmes rencontrés sont des facteurs importants (12,17). La charge de travail administrative est très souvent montrée du doigt par les médecins mais cette association est rarement retrouvée dans les études (3,18). Les relations difficiles avec les confrères sont associées au burnout de même que les contraintes, économiques et juridiques (4,19). En revanche la formation médicale continue protège du burnout de même que l'exercice en groupe (2,5). Les interactions entre vie privée et vie familiales sont également à prendre en compte (4,10).

Les facteurs propres à la pratique médicale comprennent les spécificités de la relation d'aide (20). Dans la rencontre émotionnelle avec le patient, l'empathie du soignant est une force mais aussi une faiblesse, de même que son envie de bien faire (21). Ces émotions peuvent être dynamisantes ou fragilisantes. La juste distance doit être trouvée pour aider le soigné tout en respectant les limites avec soi-même (22). La perception d'une trop grande iniquité dans la relation soignant-soigné est associée à des niveaux plus élevés de DP et d'EE (23). Les exigences des patients et la remise en cause du médecin par le patient favorisent le développement du burnout de même que l'incertitude diagnostic, et la gestion des urgences (5).

L'âge jeune pourrait influencer le burnout via la vision idéalisée du métier et le manque d'expérience (2,12). Le sexe masculin est associé à des niveaux de DP plus élevés (3). L'homme privilégierait des stratégies d'évitement face aux stress. Il se mettrait ainsi plus facilement à distance du patient. La personnalité interviendrait aussi : un faible niveau de vigueur, un locus de contrôle externe (attribuer les événements à la chance ou à entités puissantes), et une stratégie de coping (défense face à un agent stressant) par l'évitement sont associés à de plus forts degrés de burnout. Il en est de même pour le tempérament idéaliste (12). Mais le médecin en burnout cultive une image idéalisée de lui-même. Il cache à ses patients, à ses pairs et à lui-même, ses faiblesses pour que son image réponde à

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

ce qu'on attend de lui. Il s'agit du « faux self » (20). Ce faux self peut entraîner un retard au diagnostic et complexifie la prise en charge du burnout.

Tableau 2: causes du burnout

Facteurs propres au médecin	Facteurs propres à la médecine	Facteurs liés à l'environnement de travail
<ul style="list-style-type: none">▪ Age jeune▪ Sexe masculin▪ Statut marital▪ Nombre d'enfants▪ Alcool, tabac, psychotrope▪ Locus de contrôle externe▪ Coping par l'évitement▪ Idéalisme	<ul style="list-style-type: none">▪ Exigences des patients▪ Demandes irréalistes des patients▪ Remise en question du médecin▪ Incertitude▪ Urgence▪ Iniquité dans la relation médecin-malade	<ul style="list-style-type: none">▪ Charge de travail quantitative▪ Charge de travail qualitative▪ Manque de reconnaissance▪ Relations difficiles avec les confrères▪ Contraintes juridiques et économiques▪ Formation médicale continue (protectrice)▪ Exercice solitaire▪ Déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle.

5. Objectifs du travail

Le cœur de métier du médecin est le soin des patients ; le patient se retrouve alors implicitement lié au burnout du médecin.

Il peut en être une des causes à travers une relation soignant -soigné dégradée, et aussi la forte demande de soins

Et à l'inverse, le patient en subit les conséquences avec le risque d'erreurs, l'absentéisme de son médecin (jusqu'à l'abandon du métier) ; les soins sont alors moins efficaces et la relation perturbée.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

A notre connaissance, au travers de la revue de la littérature, aucune étude ne s'est penchée sur l'opinion des patients face au burnout des médecins.

L'objectif de notre travail était d'explorer le point de vue des patients vis-à-vis du burnout des médecins.

II. Méthode

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par focus groupes.

2. Population étudiée

Les patients majeurs volontaires étaient inclus. Les patients soignants ou proches de soignants étaient exclus, de même que les patients présentant des troubles cognitifs.

Il s'agissait d'un échantillonnage raisonné visant à obtenir une variation maximale. Les patients ont été recrutés dans la patientèle de 3 cabinets médicaux différents de médecine générale : un cabinet dans l'Eure en milieu rural, un cabinet en centre-ville de Rouen, et un cabinet de la banlieue peu favorisée de Rouen. Les secrétaires et les médecins du cabinet recrutaient directement les patients. Ils s'attachaient à recruter des patients hommes et femmes de tout âge et tout milieu socioprofessionnel.

3. Recueil des données

Le guide d'entretien a été réalisé à l'avance par les chercheurs, il a été ensuite adapté au fil des focus groups. Il est présenté en annexe. Il visait d'abord à préciser le sujet, en posant la définition du burnout et ses facteurs associés. Puis les questions visaient à explorer l'image des patients face à un médecin en burnout ; comment les patients le repéraient et s'y adaptaient, et enfin comment pouvaient ils aider le soignant.

Pour faciliter les échanges, les patients et les chercheurs étaient assis autour d'une table dans une pièce calme et dédiée. Des amuses bouches et des boissons non-alcoolisées visaient à créer une atmosphère chaleureuse.

Les 3 focus group ont été réalisés dans chacun des 3 cabinets médicaux de médecine générale. Les 2 chercheurs ont recruté des patients dans leurs propres cabinets. Ils accueillaient les patients mais ne participaient pas au focus group réalisé au sein de leur patientèle. Les chercheurs précisaient que ce travail s'insérait dans le cadre d'une formation qu'ils faisaient « DIU soigner les soignants ».

L'entretien était enregistré par 2 ordinateurs grâce au logiciel Audacity®. Les entretiens ont été réalisés un samedi après-midi, un mardi après-midi et un jeudi soir. Les dates et horaires ont été choisies à l'avance pour s'adapter au maximum aux disponibilités de la patientèle. L'intégralité des échanges ainsi que les éléments non verbaux ont été retranscrit avec le logiciel Word®.

4. Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Excel®. L'analyse reposait sur le modèle de la théorisation ancrée. Les chercheurs ont effectué un double codage avec une triangulation des données.

5. Ethique

Une déclaration à CNIL a été lancée. Mais en l'absence de CIL elle n'a pas pu aboutir.

III. Résultats

1. Population de l'étude

Quatorze patients ont été inclus. Six patients ont participé au premier focus group, 5 au deuxième et 3 au troisième. On comptait 7 femmes et sept hommes. Les âges s'étendaient de 25 à 88 ans. L'âge moyen était de 55 ans. Il y avait 2 étudiants, 5 retraités, et 5 actifs et 2 sans activité professionnelle soit pour raison médicale soit pour cause de recherche d'emploi. 5 patients provenaient d'un milieu rural, et 9 patients provenaient d'un milieu urbain.

2. Résultats

Les verbatims renvoyant aux causes du burnout sont les plus nombreux (298).

Les conséquences, les solutions et la définition du burnout étaient révélés par 85 verbatims en moyenne.

Le codes « impuissance du patient » et « médecin insondable/intouchable » représentent chacun 33 et 31 verbatims.

Les patients définissaient le burnout comme un processus lent et insidieux avec un point de rupture. Ils le rattachaient à la notion de surmenage, de stress et de débordement à la fois de la charge de travail mais aussi émotionnel. Ils le distinguaient de la dépression. La fréquence du burnout était très fluctuante, allant de très faible à près de la moitié des médecins atteints. Les médecins urgentistes et généralistes étaient les plus touchés.

« moi je crois que c'est toujours une conjonction de facteurs au burnout »

« il y a tellement d'anxiété et de stress, qu' au bout d'un moment le corps ne suit plus. »

« c'est le débordement de l'émotion, le débordement de travail, le débordement de tout qui fait que à un moment donné il n'est plus à l'écoute, il n'est plus présent »

« il n'y a pas tellement de médecins qui sont atteints par ça. »

« la spécialité de médecine générale et des urgentistes sont les plus à risque »

« le généraliste, c'est quand même celui qui est en première ligne, pour moi c'est vraiment le fantassin de la médecine qui se prend tout dans la figure. »

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

L'importance de la charge de travail, les difficultés liées à la gestion du temps, la multiplicité de tâches diverses à articuler a été unanimement relevée.

Les pressions hiérarchiques, administratives, judiciaires étaient aussi décrites. Ils les rattachaient à des tâches éloignant du soin.

« Parce qu'avec le rythme de travail que vous avez tous ... »

« ils sont surmenés »

« Et le médecin aujourd'hui, c'est une usine à gaz. Il faut aller vite, il faut en faire plein. »

« et la chape de plomb de politiques et de systèmes qui lui imposent tout un tas d'activités qui n'ont à peu près rien à voir avec le care, le soin qu'on apporte aux gens, qui est leur vocation »

Les patients insistaient sur le rôle de la relation médecin-patient dégradée avec notamment la notion de manque de respect, et les changements de relations dues à l'information des patients.

Ils soulignaient certaines spécificités humaines et la complexité de l'exercice médical.

« c'est le non respect des patients. »

« un patient qui vient avec un diagnostic tout fait par internet, ça ne doit pas être plaisant. »

« C'est aussi une manière d'échanger (le patient informé qui fait part de ses idées au médecin). Et ça aide je pense, des fois, le médecin même parfois »

« Et le manque de respect pour les médecins, parce que certains patients pensent que c'est dû. Ils paient, c'est dû. »

« Dans le milieu médical parfois, ils ont la vie de quelqu'un entre les mains »

« Travailler sur l'humain c'est vachement plus complexe je trouve. »

« il doit y avoir un sentiment d'impuissance aussi lié à des cas de force majeurs ou à des cas particuliers lourds »

Parmi les facteurs personnels, les patients soulignaient l'envie de bien faire du médecin. L'influence des interactions entre la vie personnelle et familiale était aussi pointée du doigt par les patients.

« c'est lié au surinvestissement, à la volonté de faire parfaitement »

« ceux qui prennent à fond leur métier . A force d'être passionné... A la fin... »

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

« Le type qu'en rien à cirer, il dit « c'est pas grave, ce sera l'autre qui le fera etc » et qui s'en fout royal, lui il est heureux et il n'aura pas de stress, pas de burnout, pas de dépression nerveuse »

Les changements sociaux, la pénurie de médecin et l'influence, et la localisation géographique de l'exercice étaient aussi soulignés comme des facteurs de risque.

« la population aujourd'hui est devenu tellement exigeante y compris, avec le médecin »

« Parce que il doit en voir des choses... »

« le généraliste, c'est quand même celui qui est en première ligne, pour moi c'est vraiment le fantassin de la médecine qui se prend tout dans la figure. »

« En campagne, le médecin qui doit faire toutes les fermes des papis mamies parce que la population est aussi très vieillissante en campagne »

« J pense au contraire que des banlieues populaires chaudes... »

La conséquence du burnout la plus décrite était la diminution de la qualité de la relation médecin patient, suivie du risque d'erreur. Venaient ensuite le risque d'abandon du métier, les arrêts maladie et les conséquences sur l'état de santé du médecin (dépression et suicide).

« Il vous parle et il est comme ça avec le coude sur la table... »

« la relation avec le malade est tellement euh appauvrie. »

« Il est dangereux »

« C'est toujours la même chose, c'est la prise en charge qui ne serait plus au top en gros »

Le repérage d'un médecin en burnout était possible sous réserve d'une relation ancienne. Elle se basait sur des changements d'organisation du cabinet, des erreurs dans la prise de rendez-vous ou de prescription, un changement d'attitude du médecin, une diminution de la qualité de la relation médecin malade. Face à médecin en burnout, certains patients ne modifiaient pas du tout leur comportement, d'autres évitaient certains sujets ou marquaient une distance ou encore changeaient de médecin. Le repérage d'un médecin en burnout, ainsi que les réactions du patient étaient variées ,dépendantes de l'ancienneté et de la qualité de la relation.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

« On ne donne pas tous ses états d'âme. Comme on aurait pu faire avant." »

« Bah mentalement si vous avez une petite déprime , vous n'allez pas en plus, lui faire partager vos malheurs, vous voyez qu'il a déjà une vie pas très joyeuse. »

« Et je suis parti et je me suis dit je change de médecin »

« Changer de médecin ? Et encore faut-il que ce soit possible... »

« Non je suis pareil (je lui parle de tous mes motifs de consultation comme d'habitude) »

« C'est parce qu'il n'était pas entièrement présent en fait. Je le voyait un petit peu euh.. 2 ou 3 fois j'avais constaté il n'était pas bien. Et je me suis dit, peut être que c'était ma présence qui le dérangeait je ne sais pas . Et je suis parti et je me suis dit je change de médecin. J'ai pas essayer de comprendre plus »

L'enquête a permis de mettre en lumière une image idéalisée du médecin. Celle d'un professionnel fort, blindé, engagé dans sa vocation, dédié aux autres et qui ne peut pas tomber malade.

Un médecin en burnout était décrit comme un élément déstabilisant, choquant, mais aussi triste. Il se posait le problème de la confiance qu'ils pouvaient placer dans ce soignant ainsi que sa capacité à exercer son métier. On distingue une troisième facette à cette image. Celle d'un professionnel humain avec des limites humaines.

« mais quand on est médecin on s'engage, vu le nombre d'étude qu'il y a. »

« Je n'attends pas de mon médecin qu'il me dise qu'il est malade »

« un médecin, il est là pour soigner, pas pour être malade. »

« Parce que je pense que vous êtes blindés à pouvoir le caché j'imagine. Je sais pas.. ».

« parce que le rôle du médecin c'est aussi de soutenir et de donner conseil et d'être toujours fort face à son patient. »

« Moi je ne me suis jamais posé la question si mon médecin pouvait avoir un burnout. Pour moi ça ne m'était même pas venu à l'esprit. Qu'elle ne soit pas bien à des moment, et bien comme tout le monde , mais en burnout non »

« du coup j'apprends en une semaine que effectivement euh non ce n'est pas superwomen. Il peut aussi lui arriver des tas de choses. »

« Le médecin, et ça on ne veut pas l'accepter mais c'est un homme comme tout le monde »

« je sais qu'il a une femme, des enfants, une vie de famille. Enfin il est comme tout le monde, il a une vraie vie quoi. »

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

« Ils sont dévoués à une cause mais à quel prix quoi, c'est au prix de leur santé et de leur vie personnelle »

« On développe on développe le sujet mais on se dit ce n'est pas possible à la fin on ne peut plus être médecin. On ne pense qu'à ça.

- ah bah si il peut être médecin puisque c'est sa vocation. »

« sur le coup ça déstabilise quand même parce que, tu es le patient, tu viens toi pour être soigné, et le praticien lui n'est pas bien »

« ça me fait de la peine , c'est de la détresse »

« Ca fait peur de voir un médecin en burnout »

« De voir un médecin, j pense oui je serais très étonné, peut-être sidéré sur le coup »

« je pense qu'il y a un manque de confiance qui s'installe »

« On se demande si on va bien être soigné , si va pas y avoir d'erreurs »

« Ben c'est pas qu'on a moins de confiance, c'est juste que c'est difficile de le laisser exercer alors qu'il a des...

- Des incapacités

- des incapacités, c'est pas qu'on n'a pas confiance, c'est juste que pour l'instant ses capacités ne sont pas au top »

Les patients proposaient comme solutions au burnout le soutien moral, l'information à un collègue ou à proche, la consultation d'un psychologue, la mise en place d'une campagne d'information. Ils pouvaient tendre la main au médecin en burnout ou lui conseiller de consulter.

« Je lui amène des petits chocolats au moment de Noël »

« un petit mot positif »

« on peut lui laisser un petit mot : vous n'allez pas me laisser tomber »

« Oui il faudra peut être un psychologue pour les médecins... »

« Ben faut faire une campagne de prévention parce qu'on fait bien une campagne de prévention pour le don du sang, pour plein de choses

-Oui, « prenez soin de votre généraliste »...

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- Auprès des patients dans la salle d'attente, mais là, tout le monde rigolerait. Parce que dans l'esprit des gens les médecins n'ont pas de problème, enfin c'est ce que je pense, c'est mon avis et je le partage

-Et auprès des médecins aussi c'est important de dire qu'ils sont vulnérables aussi. »

De très nombreux verbatims montraient que les patients ne se sentaient pas légitimes dans le débat. Ils soulignaient leur difficulté voire incapacité à repérer un médecin en burnout. On peut penser qu'ils considéraient le médecin comme insondable et intouchable. Ils insistaient sur leurs moyens d'action d'une part limités mais aussi difficiles à mettre en œuvre du fait de leur rôle de patient.

« on vient pour chercher notre solution et ne va pas forcément être réceptif au mal être du docteur. »

« quand on va voir son médecin c'est pour nous, j'allais dire « client », excusez moi »

« s'il a ses problèmes personnels c'est plus les nôtres. On ne peut rien faire pour lui. On ne peut pas l'aider. »

« on ne va pas ressortir en prenant les problèmes du médecin sous le bras. »

« Mais des fois ça peut être difficile de s'investir beaucoup dans la vie du médecin parce que c'est pas vos ...

- c'est un manque de délicatesse. »

« C'est difficile, nos moyens d'action sont légers. »

« On veut faire quelque chose mais quoi ? »

« la secrétaire, je lui ai dit « Excusez moi, mais je pense que Mme... N'est pas très bien » Elle me dit

« Oui oui je sais »,ça n'a rien changé, Ben j'ai rien fait de plus quoi »

« C'est pas notre place de ...(dire à un médecin)..Faut vous faire soigner ! (Rires) »

IV. Discussion

1. Rappel des principaux résultats

Les patients interrogés ont généralement une bonne connaissance des causes et des connaissances du burnout des médecins, mais ils sous-estiment la fréquence du phénomène. L'image idéalisée du médecin expliquerait la surprise et l'impuissance exprimées par les patients face au sujet.

2. Une bonne appréhension théorique du sujet

Les patients ont identifié la grande majorité des facteurs associés au burnout des médecins connus dans la littérature. Ils évoquent en premier la surcharge de travail et le surmenage comme retrouvé dans la littérature (2,5,10,16). Ils soulignent facilement l'importance la charge qualitative de travail avec la gestion des horaires, les cas difficiles (12,17). Certains d'entre eux soulignent un effet de la densité médicale faible (3), d'autres insistent sur une relation médecin malade dégradée. Ils rattachent le burnout aux erreurs médicales, et à la baisse de la qualité de la prise en charge et de l'écoute ce qui concorde avec plusieurs travaux (7-9). De même ils soulignent l'absentéisme et le risque d'abandon de la profession engendré par le burnout (2,3,5) ainsi que des risques de dépression et de suicide (2,4,5). Enfin, ils identifiaient les soins de premier recours comme les plus à risque (1). On peut imaginer qu'ils identifient ces facteurs en particuliers parce qu'ils sont assez facilement transposables à ceux qui sont associés au burnout dans la population générale (12), ou parce qu'ils les ont directement observés .

3. Le patient face au burnout du médecin

Les patients reconnaissent qu'il était difficile d'identifier la souffrance d'un médecin. Ce repérage était possible à condition que leur relation soit suffisamment ancienne. Ils se basaient sur des modifications d'humeur et de la qualité d'écoute.

Ils décrivaient leurs moyens d'action comme restreint au soutien moral, voire à la main tendue (quitte à inverser temporairement les rôles). Ils pouvaient éventuellement informer les collègues et

les proches du médecin. Certains patients ont proposé des solutions collectives comme la mise en place d'une campagne de prévention. D'autres patients ont insisté sur des mesures individuelles comme l'allègement de la charge de travail, la prise de congés ou la consultation d'un psychologue. Cette dernière solution est la plus plébiscitée par les médecins d'après un récent rapport du conseil de l'ordre (6). En revanche, ils ignoraient les possibilités d'information au conseil de l'ordre des médecins ou l'existence de réseaux de soins aux soignants comme le PASS ,MOTS ou IMHOTEP (6).

Les patients se posaient la question de la confiance qu'ils pouvaient placer dans le médecin en burnout, de son aptitude à exercer ou même de sa possible dangerosité. Leurs positions face à ces points n'étaient pas unanimes. Elle concorde avec le risque d'erreur et la baisse de qualité des soins liées au burnout (7,8). La confiance n'était pas perdue définitivement. Elle était plus ou moins altérée selon la qualité du lien qu'ils avaient avec leur médecin et selon la perception qu'ils avaient de sa souffrance. En fonction de la relation qu'ils entretenaient avec leur médecin ils pouvaient ne pas adapter le contenu de la consultation, taire certains motifs de consultations, ou ne plus faire consulter leurs enfants ; ou encore changer tout simplement de médecin. Généralement, le patient s'investissait moins dans la relation médecin-malade. Il semblait le faire pour protéger le médecin ou par manque de confiance. De son côté, le médecin en burnout se met à distance via la dépersonnalisation(12). La diminution d'investissement dans la relation est alors bilatérale. Elle est à mettre en relation avec la baisse de satisfaction des patients entraînée par le burnout de leur médecin (8). Elle pourrait entretenir une sorte de cercle vicieux menant à une baisse de la qualité des soins. Mais elle permettrait paradoxalement d'alléger la charge de travail du médecin et sa souffrance (24).

4. Une vision du médecin et son corolaire

La vision idéalisée du médecin transparait à travers de nombreux éléments. Une de leur première réaction était la surprise, la stupéfaction à l'évocation de notre sujet d'étude. Ils s'imaginaient stupéfaits, déstabilisés voire choqués face à un médecin qu'ils identifiaient en souffrance. Les patients expliquaient spontanément cette réaction par leur vision du médecin : un professionnel blindé par ses études et engagé dans sa vocation. Cette image de force et de robustesse semblait être pour les patients une condition *sine qua non* de l'exercice de la médecine qu'ils jugent difficile.

Cette image explique pourquoi les patients ont tendance à sous-estimer la prévalence du burnout parmi les médecins. En effet les patients estimaient la fréquence du burnout des médecins entre 5 et 20%. En fonction des études le burnout touche entre 20 et 50% des soignants (1-4).

Toutefois, l'image idéalisée du médecin n'est pas exempte de défauts humains, puisque les patients soulignent comme limites à la prévention et à la prise en charge l'orgueil du médecin, et la difficulté qu'il a à se reconnaître malade. Ce dernier élément rejoint la notion de faux self (20). Ceci peut expliquer en partie les 67% de médecins qui n'ont pas de médecin traitant. Il est à mettre en parallèle avec le mauvais état de santé des médecins qui recourent généralement à l'automédication et à l'autodiagnostic (6). Patients et médecins nourrissent ainsi une image idéalisée du médecin : celle d'un médecin invulnérable ou tout du moins capable de se soigner seul et efficacement.

L'image du médecin en burnout semble paradoxalement humanisée. Passée la phase de stupeur, les patients reconnaissent rapidement les limites humaines de leurs soignants, et éprouvaient de l'empathie vers les médecins atteints. La mise en avant des failles humaines s'est accompagnée parfois de reconnaissance. Cette dernière est un facteur protecteur de burnout (12).

L'image idéalisée du médecin a pour corolaire la forte expression d'impuissance chez les patients. Ils expliquaient en partie la difficulté du repérage par « l'égoïsme » du patient qui vient pour lui, pour trouver une solution à son problème. En étant centré sur lui-même, comment le patient pourrait-il entrevoir la souffrance d'un soignant perçu comme invulnérable ? Et comment pourrait-il, aider le médecin invulnérable qui a déjà accès à la pharmacopée ? Peut-il soutenir ou aider le médecin sans inverser les rôles ? On peut alors penser que faire connaître les limites humaines et la complexité du métier de médecin permettrait de corriger cette image idéalisée et son corolaire. Cela serait protecteur contre le burnout. Mais, est-ce la place du patient ?

5. Discussion de la méthode

A notre connaissance, il s'agit de la première étude sur le sujet. Le recueil a été fait jusqu'à saturation des données. Le guide d'entretien a été adapté au fil des focus groupes. Le double codage a permis d'extraire le maximum d'opinion, les idées et les points de vue des verbatims.

La sélection des sujets a été difficile, peu de patients ont participé aux focus groupes (6 pour le premier, 5 pour le second et 3 pour le dernier). Lors du recrutement, beaucoup de patient n'imaginaient pas leur point de vue intéressant et n'ont pas souhaité participer au travail ; d'autres étaient intéressés mais non disponibles. Nous sommes néanmoins parvenus à la saturation des données. Le biais principal était qu'il s'agissait de sujets volontaires donc ayant déjà un intérêt pour la santé des soignants. Ceci limite l'applicabilité de nos résultats. Il est logiquement difficile de

recruter des patients peu intéressés par la santé de leurs soignant pour des études qualitatives. Une étude quantitative permettra peut-être d'esquisser leurs idées.

Les patients connaissaient le statut de médecin généraliste des animateurs. Pour 2 des 3 focus groups, les patients ont été recrutés dans les cabinets des chercheurs. Ceci a donc pu influencer les réponses. Pour limiter ce biais, seuls les médecins qui ne faisait pas partie du cabinet animaient le groupe. L'animation de l'entretien par un interne de médecine pourrait éviter cet écueil.

5. Conclusion et perspectives

Ce travail est le premier du genre. Les patients ont exposé l'image idéalisée du médecin, celle d'un professionnel quasi invulnérable. L'image paradoxale du médecin en burnout a entraîné une humanisation de l'image du médecin. Il montre que les patients peuvent s'adapter de différentes façons face au médecin en burnout et tenter d'aider le soignant.

On peut penser qu'informer les patients du risque d'épuisement de leur soignant permettrait de lutter contre le burnout des médecins. Les patients interrogés semblaient prêts à entendre que leurs médecins pouvaient avoir des problèmes de santé. Mais un biais de sélection est possible. D'autres travaux permettraient de savoir si ce point de vue est partagé par l'ensemble de la population en vue d'une campagne d'information destinée aux patients.

Les auteurs n'ont pas de conflits d'intérêt.

V. Bibliographie

1. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Arch Intern Med.* 2012 Oct 8;172(18):1377–85.
2. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008 Aug 1;25(4):245–65.
3. Picquendar G, Guedon A, Moulinet F, Schuurs M. Influence of medical shortage on GP burnout: a cross-sectional study. *Fam Pract.* 2018 Sep 3;
4. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pr.* 2013;63(608):e217–e224.
5. Kacenenbogen N, Offermans A-M, Roland M. Le burn-out des médecins généralistes en Belgique: conséquences sociétales et pistes de solution. *Rev Médicale Brux.* 2011;32(4):413–23.
6. Bouet Patrick MJ. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Conseil National de l'ordre des médecins; 2016.
7. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open.* 2017 Jun 21;7(6):e015141.
8. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2018 Sep 4; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2698144>
9. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *Jama.* 2009;302(12):1294–1300.
10. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville: prévalence et déterminants. *Santé Publique.* 2009;21(4):355–364.
11. Pit SW, Hansen V. Factors influencing early retirement intentions in Australian rural general practitioners. *Occup Med.* 2014 May 3;64:297–304.
12. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52(1):397–422.
13. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1974 Jan 1;30(1):159–65.
14. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1981;2(2):99–113.
15. Guide d'aide à la prévention. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir, 2015. 2015. Available from: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf

16. Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*. 2011 Apr 18;11(1):240.
17. Roth M, Morrone K, Moody K. Career Burnout Among Pediatric Oncologists.
18. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. 2004 Dec;33(22):1569–74.
19. Galam É. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. *Médecine*. 2007 Dec 1;3(10):474–7.
20. Galam É. Burn out des médecins libéraux - 1re partie : une pathologie de la relation d'aide. *Médecine*. 2007 Nov 1;3(9):419–21.
21. Haute Autorité de Santé - Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
22. Mauranges A. Sommes nous tous des épuisés potentiels? *Soins*. 1998 Nov;630:17–8.
23. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Ann Méd-Psychol*. 2009;167(6):422–8.
24. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2016 Nov 11;388(10057):2272–81.

Guide d'entretien

1/ annoncer l'objectif du travail : Le burnout du médecin, quel est le point de vue du patient.

Définir ensemble le burnout. Laisser parler les patients, pour introduire la définition de Maslach : EE DP AP réduit.

2/ les questions : et en italique les relances.

1. Quelle est la fréquence du burnout, est-ce un problème limité à un pays une spécialité médicale ?
2. Quelles sont les conséquences du burnout du médecin ?
 - a. *Sur le médecin lui-même*
 - b. *Sur les patients*
3. Quelles sont les causes du burnout du médecin ?
 - a. *Individuelles : tempérament, orientation de carrière, coping, faux self,*
 - b. *Organisationnelles : surcharge de travail quanti et qualitative, interruption de tâche, charge administrative et hiérarchique, salaire, interaction vie pro-vie familiale ?*
 - c. *Relationnelle : demandes multiples, relation déséquilibrée, exigence, reconnaissance*
 - d. *Liée à l'exercice : stress responsabilité, urgence, forte charge émotionnelle*
4. Comment identifiez-vous un médecin en burnout ?
 - a. *critères organisationnels : plus de vacances, moins disponible au cabinet, retard,*
 - b. *critères relationnels : moins d'écoute, moins d'empathie, plus directif, non verbal*
 - c. *critères d'efficacité : erreurs manifestes ou flou dans la prise en charge, examens complémentaires...*
5. Quelle image avez-vous d'un médecin en burnout ? (honte, culpabilité, non sens faiblesse, irrémédiable, empathie, besoin de soutien, incapable, pas fait pour ce métier, vocation dévouement...)
6. Comment vous adaptez vous à un médecin en burnout ?
 - a. *Se mettre à distance : consulter moins souvent ; changer de médecin*
 - b. *Masquer des symptômes, éviter certains sujets*
7. Quelle est la place du patient dans la prévention et le traitement du burnout ?
 - a. *Au cours de la consultation : L'aider, une petite blague, renforcement positif*
 - b. *Avant la consultation : horaire de consultation pression pour avoir une consultation...*
 - c. *Après la consultation : prévenir un confrère, la secrétaire... faire une cagnote pour offrir des vacances au médecin*

Verbatims intéressants

« c'est le débordement de l'émotion, le débordement de travail, le débordement de tout qui fait que à un moment donné il n'est plus à l'écoute, il n'est plus présent »

« Et Le médecin aujourd'hui, c'est une usine à gaz. Il faut aller vite, il faut en faire plein. »

« Et on met en route la spirale et puis les boulettes vont s'enchaîner. »

« l'envie de bien faire et de l'escalade à toujours vouloir faire mieux »

« quand on va voir son médecin c'est pour nous, j'allais dire client excusez moi »

« on vient nous pour chercher notre solution et ne va pas forcément être réceptif au mal-être du docteur. »

« parce que le rôle du médecin c'est aussi d'être fort et de soutenir et de donner conseil et d'être toujours fort face à son patient. »

« Parce que je pense que vous êtes blindés à pouvoir le caché j'imagine. »

« Moi je ne me suis jamais posé la question si mon médecin pouvait avoir un burnout. Pour moi ça ne m'était même pas venu à l'esprit. Qu'elle ne soit pas bien à des moment, et bien comme tout le monde, mais en burnout non »

« puisque'on gagne 5000€, 20000€ parce qu'on est radiologue... Ou qu'on n'a pas de problème pécuniaire, donc du coup, on n'a pas de problème, du tout ! »

« ce n'est pas possible, un médecin, ne peut pas péter les plombs comme cette ophtalmo, un médecin ne peut pas être malade puisqu'il a toute la pharmacopée derrière lui dans son bureau si il a un problème, donc, dans l'esprit mental je crois, je n'aime pas les généralités mais je pense que dans l'esprit des gens, ça n'existe pas. »

« du coup j'apprends en une semaine que effectivement euh non ce n'est pas superwomen. Il peut aussi lui arriver des tas de choses. »

« Le médecin, et ça on ne veut pas l'accepter mais c'est un homme comme tout le monde »

« je sais qu'il a une femme, des enfants, une vie de famille. Enfin il est comme tout le monde, il a une vraie vie quoi. »

« Ils sont dévoués à une cause mais à quel prix quoi, c'est au prix de leur santé et de leur vie personnelle »

« Rolande : On développe on développe le sujet mais on se dit ce n'est pas possible à la fin on ne peut plus être médecin. On ne pense qu'à ça. »

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- ah bah si il peut être médecin puisque c'est sa vocation. »

« Il (le médecin) vous parle et il est comme ça avec le coude sur la table...D'un air de dire: parles toujours... »

Un changement de caractère ... Moins prévenant qu'avant... Plus agressif... Qui prend moins de temps pour expliquer.

« Heureusement tous les médecins ne sont pas atteints »

« un médecin qui ne va pas bien, je pense que je n'y emmènerais pas un de mes enfants. »

« ya plus d'échange possible si la personne est épuisée en face de soi, on ne va pas en rajouter encore en racontant nos histoires. Avec déjà la personne ne va pas bien, ça ne doit pas être un face à face très vrai quoi. »

« Si le contact n'est pas entier, euh d'empathie complète, on mettra probablement les sujets secondaires pour la prochaine fois. »

« Non je suis pareil (je lui parle de tout mes motifs de consultation comme d'habitude) »

« C'est parce qu'il n'était pas entièrement présent en fait. Je le voyait un petit peu euh.. 2 ou 3 fois j'avais constaté il n'étais pas bien. Et je me suis dit, peut être que c'était ma présence qui le dérangeait je ne sais pas . Et je suis parti et je me suis dit je change de médecin. J'ai pas essayer de comprendre plus »

« on en a ras le bol et on se dit on va changer de médecin »

« Ou alors heu... On fait avec ! Mais c'est pas évident de faire avec. (avec un Med en BO) »

« Ben c'est pas qu'on a moins de confiance, c'est juste que c'est difficile de le laisser exercer alors qu'il a des...

- Des incapacités

- des incapacités, c'est pas qu'on n'a pas confiance, c'est juste que pour l'instant ses capacités ne sont pas au top »

« je pense qu'il y a un manque de confiance qui s'installe. »

« c'est pas parce que un médecin est en difficulté qu'il n'est plus capable d'exercer. Et ce n'est pas moi je pense, qui peut être capable de... »

« Marianne Lainé : vous imaginez quoi comme conséquences ?

-Il est dangereux. »

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

« Les nouvelles technologies ça aide quand on va chez le médecin de dire « Bonjour, je ne sais pas ce que j'ai mais j'ai quand même regardé sur internet, est-ce que ça peut vous aider ? » Mais pas forcément tout de suite remettre en cause... Après je suis d'accord avec vous, y en a certains je pense ils arrivent chez le médecin ils disent « Bonjour, j'ai trouvé ça sur internet, est-ce que vous pouvez me donner un médicament s'il vous plait » »

« Il y a aussi des patients qui arrivent, malades, ou avec quelque chose mais ils savent mieux que le médecin, ça doit pas faire plaisir. C'est vrai y a des gens ils arrivent, ils ont mal quelque part, ils vont bientôt dire au médecin vous me donnez ça »

« C'est difficile, nos moyens d'action sont léger. »

« Est-ce qu'on a l'aptitude à aller dire à un médecin... Il faut... Ben non hein... Y a une hiérarchie madame hein ??? »

« C'est pas notre place de ... (dire à un médecin) ..Faut vous faire soigner ! (Rires) »

« on ne va pas ressortir en prenant les problèmes du médecin sous le bras. »

Abstract

Le burnout des médecins est un problème fréquent. Il impacte la santé des soignants mais aussi des patients. Il est associé à un risque d'erreur médicale et peut perturber la relation médecin malade. Il est lié à un risque d'abandon de la profession. Une charge de travail importante, le manque de reconnaissance et les relations soignant-soigné déséquilibrées favorisent le burnout. Ainsi, les patients sont impliqués malgré eux dans le burnout des médecins. Pourtant, aucun travail ne s'est penché sur leur point de vue.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer le point de vue des patients à propos du burnout des médecins.

Il s'agissait d'une étude qualitative par focus group auprès de patients recrutés dans des cabinets de médecine générale de Normandie. L'échantillonnage a été raisonné à la recherche de la variation maximale. Les verbatims étaient intégralement retranscrits par les chercheurs. Une analyse par théorisation ancrée a été réalisée. Le codage a été double et les résultats ont été triangulés.

Trois focus group ont été réalisés soit un total de 14 patients. Les patients identifiaient les facteurs de risques et les conséquences du burnout du soignant. Selon la qualité et l'ancienneté de leur relation avec le médecin, ils pouvaient identifier la souffrance du soignant et s'y adapter de différentes façons. Le soignant était vu initialement comme invulnérable. L'évocation du burnout a d'abord entraîné de la stupeur. L'image du médecin était ensuite humanisée, elle était teintée d'empathie et parfois de reconnaissance.

Ce travail était le premier du genre. Les patients interrogés semblaient prêts à entendre que leurs médecins pouvaient avoir des problèmes de santé. Mais un biais de sélection est possible. D'autres travaux permettraient de savoir si ce point de vue est partagé par l'ensemble de la population.