

# **« Y-a-t-il un médecin dans la salle ? »**

## **L'épuisement de la volonté de bien faire chez les médecins**

Etude proposée par :

- Dr Patricia Pâme, en charge du Pôle Santé de la société Atlans, médecin généraliste, médecin de santé publique titulaire d'un DIU "Soigner les soignants" (Paris Diderot - Toulouse III)
- Jean-Marc Josset, économiste, menant des recherches sur les indicateurs de bien-être (Laboratoire RITM Paris Sud).

### **Résumé :**

Le burnout professionnel procède de la combinaison de multiples facteurs.

Nous nous proposons d'explorer « l'épuisement de la volonté de bien faire », résultant de la tension entre la figure idéale signifiée par le serment d'Hippocrate et le quotidien du médecin généraliste. Nous cherchons à révéler cet épuisement en interrogeant des praticiens à propos de leur réaction à la situation où, alors qu'ils sont en repos, ils sont interpellés par la classique annonce : « Y-a-t-il un médecin dans la salle ? ».

L'approche méthodologique retenue est celle des méthodes mixtes combinant des entretiens approfondis et une enquête quantitative.

### **Le burnout chez les médecins**

La souffrance au travail, pouvant aller jusqu'au *burnout* est un sujet d'actualité.

Tous les métiers sont concernés et pour reprendre le titre des chroniques de médecine du travail du Dr Marie Pezé, inspiré par Jean de La Fontaine : « *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés* ». Mais les causes en sont diverses : harcèlement hiérarchique, perte de sens, violence des usagers, charges de travail trop importantes (...). Quel que soit le métier, chaque situation est un équilibre fragile entre difficulté à exercer et reconnaissance, ou comme diraient les économistes, l'intersection des courbes d'utilité et de désutilité. C'est pour illustrer cet équilibre que le test MBI (*Maslach Burnout Inventory*) se compose de 3 parties :

- (i) l'évaluation de l'épuisement professionnel,
- (ii) le score de dépersonnalisation,
- (iii) le score d'accomplissement personnel.

Mais ce test qui se veut très général ne peut au mieux que servir de signal d'alerte, sans donner de possibilité d'analyse des causes de la crise. Nous nous proposons de prendre le problème dans l'autre sens : au lieu d'essayer de préciser le général, plutôt de partir du particulier (le médecin) et de l'origine (son quotidien).

### **L'hypothèse de l'épuisement de la volonté de bien faire**

Nous disions en introduction que chaque métier est particulier, celui de médecin consiste à chaque instant à se confronter à la souffrance des patients, avec des enjeux importants puisqu'il peut s'agir de vie ou de mort. De nombreux travaux ont commenté les caractéristiques distinctives des études et de l'apprentissage de la médecine qui est tout sauf « naturel ». Il est frappant d'observer les termes mêmes du serment d'Hippocrate et le niveau d'exigence général qu'il impose à ceux qui le prononcent, jusqu'à sa conclusion sans appel :

*« Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;  
que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »*

La caractéristique principale du serment est bien son intransigeance exprimée par des formes impératives strictes : « *tous ses éléments* », « *toutes les personnes* », « *Je ne tromperai jamais* » « *je ne provoquerai jamais* » « *Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences* »... Il est clair que mesuré à ce niveau, le sentiment d'accomplissement personnel nécessite une volonté de perfectionnisme et une tension vers l'excellence

permanentes et sans faille qui ne peuvent qu'être sources de fatigue corporelle, de contradiction interne et d'épuisement. Comme le note le Dr Pâme<sup>1</sup> :

« On est médecin, on n'exerce pas la médecine. On est infaillible, et si on commet une erreur on se dégrade, comme je l'ai écrit, militairement. On devient indigne d'exercer. Mon erreur devient une faute qui rejaillit sur l'ensemble de la profession dans cette « métonymie de l'erreur », qui assimile le tout à la partie (opprobre jetée sur l'ensemble de la profession). Son image est une image au-delà de soi. Il n'y a pas d'anonymat possible pour le médecin, on ne peut pas « oublier » que l'on est médecin. Notre métier nous colle à la peau, et c'est ce que l'on attend de nous, qui plus est. Impossible de décrocher, d'où le risque de dévisser. Donc, la compétence absolue doit être nôtre, l'infaillibilité notre qualité cardinale, le stress de la performance est notre lot quotidien. Le stress devient chronique et peut aboutir au burnout, au syndrome dépressif, à des conduites de compensation. »

## Le choix d'une situation révélatrice

Après de multiples discussions avec des collègues médecins sur ce sujet, nous avons retenu une situation qui nous semblait révélatrice (emblématique) de cet épuisement de la volonté de bien faire : il s'agit du moment où un médecin pendant son temps libre, ayant l'impression de pouvoir, enfin se détendre, se voit interpellé par une situation nécessitant une intervention médicale d'urgence qui le ramène à son *fatum*, sa destinée. Nous parlons du classique et impératif appel, que ce soit au théâtre, dans le train ou dans l'avion : « Y-a-t-il un médecin dans la salle ? ».

Une fois établie, cette proposition a semblé libérer une parole cathartique et nous a déjà valu quantité d'anecdotes pendant notre phase exploratoire. Bien que l'ensemble des personnes interrogées déclarent intervenir en cas d'urgence, ce comportement n'est pas exempt d'arrière-pensées et de contradictions : un collègue nous indique par exemple que « de toute façon, il y a toujours un autre médecin, plus près de l'incident ! » un deuxième fait semblant de dormir pour gagner du temps, un troisième encore : « j'attends un peu, il y a toujours un jeune qui aime se montrer. » (...)

## Méthodologie

Nous avons donc décidé de lancer une étude plus large sur ce sujet, en utilisant des méthodes mixtes, c'est-à-dire une combinaison d'approches (i) qualitatives : entretiens et *focus group*<sup>2</sup> en nombres suffisants<sup>3</sup> et (ii) quantitatives : distributions éventuelles en plusieurs profils et recherches de corrélations entre comportement et système de valeurs.

Pour la phase qualitative, nous avons prévu de réaliser prochainement entre cinq et dix d'entretiens avec des praticiens déjà identifiés. L'objectif de ces entretiens est la collecte « d'anecdotes » sur la *situation révélatrice* retenue. Nous espérons également avoir l'opportunité d'organiser au moins deux *focus group*, les échanges entre praticiens pouvant faire émerger de nouveaux types de narrations.

En ce qui concerne le quantitatif nous avons élaboré et fait tester par un groupe de médecins un formulaire en deux parties qui nous permettent de confronter (i) comportement et (ii) système de valeurs adopté par les médecins. La partie comportementale (i) s'inspire des résultats de notre phase exploratoire et de nos premiers entretiens en proposant plusieurs réactions possibles à 3 variantes de la *situation révélatrice*. Ces variantes consistent en la révélation progressive de l'identité de médecin (non sollicitée, sollicitée, connue). Quand à la partie système de valeurs (ii) elle fait plusieurs propositions de classement des caractéristiques positives et négatives du métier de médecin tels qu'identifiées par des études récentes.

Nous cherchons à présent à l'utiliser pour réaliser une étude quantitative à plus grande échelle<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Voir bibliographie en fin de document

<sup>2</sup> Focus group : entretien collectif centré (*focused*) sur un sujet/une expérience commun/e aux participants

<sup>3</sup> C'est le phénomène de saturation, c'est à dire l'impression que le chercheur n'a plus rien à apprendre de nouveau en ce qui concerne l'objet de son enquête, qui détermine le nombre de d'entretiens sur lequel se fonde une recherche qualitative donnée.

<sup>4</sup> Il ne s'agit pas d'un sondage, nous ne cherchons pas de représentativité par quota, mais d'une population suffisante et diverse (>300 réponses).

## **Bibliographie :**

**Pezé, M.** (2010) « Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés » - Flammarion

**Maslach C., & Jackson S E.** (1981) "the measurement of experienced burnout" - Journal of Occupational Behavior

**Soulard A.** (2010-2011) "Le burnout chez les médecins généralistes libéraux français" - Mémoire pour le Master Professionnel d'Ergonomie (non publié), Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

**Cathébras P., Begon A., Laporte S., Bois C., Truchot D.** (2004) « Épuisement professionnel chez les médecins généralistes » - La Presse Médicale Vol 33, N° 22

**Truchot D.** (2002) « Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. » - Rapport de recherche pour l'Union régionale des médecins libéraux de Champagne-Ardenne.

**Galam E.** (2015) « Devenir Médecin, le Curriculum Implicite » support de cours du D.I.U « Soigner les soignants » Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil & Faculté de médecine de Paris 7

**Bonah C.** (2008) « Voir, savoir et devenir médecin » - Pédagogie Médicale; 9 (4): 197–200

**Givens JL1, Tjia J.** (2002) « Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. » - Academic Medicine Journal

**Pâme P.** (2016) "Développer l'empathie pour soi : La Pratique Attentionnelle Active, une clé pour la promotion de la santé du soignant" – Mémoire du Diplôme Interuniversitaire « Soigner les soignants » Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil & Faculté de médecine de Paris 7

**Perino L.** (2011) « A quoi sert vraiment un médecin » Collection Dites-nous Armand Colin, Paris

**Cauchard L., Courtet P.** (2011) « La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins ? » - La Lettre du Psychiatre - Vol. VII - n°1

**Baumeister R.F., Bratslavsky E., Muraven M.** (1998) "Ego depletion: Is the active self a limited resource?" – Journal of Personality

**Starr M. A.** (2004) "Qualitative and mixed methods research in economics: surprising growth, promising future" – Journal of Economics surveys