

Formation post-graduée et continue
SMPR, HUG
28 octobre 2015

Homme-médecin: à bout ou tabou...?

Dr Stéphane Saillant
Centre d'urgences psychiatriques
et psychiatrie de liaison

1

Dr Jean Peuplu

Âgé de 55 ans, médecin interniste installé depuis une quinzaine d'années dans un village dans la campagne genevoise. Marié, père de deux enfants adultes, dont un est en 5^{ème} année d'études de médecine. Depuis 5 ans, il fait partie d'un cabinet de groupe avec deux autres collègues.

Très apprécié de ses patients, Dr Peuplu a tendance à prendre fréquemment des patients un peu plus tard, même le soir si cela est nécessaire. Très à l'écoute et empathique, il accueille également volontiers les familles ainsi que les couples.

2

Depuis le décès de sa sœur il y a 3 mois dans un accident de la route, Dr Peuplu dort moins bien, se montre d'avantage irritable à la maison et n'arrive plus à se concentrer au travail comme cela était le cas il y a encore plusieurs mois. Par ailleurs, Dr P. se trouve confronté depuis 6 mois à une plainte d'une patiente qui l'accuse de ne pas avoir perçu une masse pulmonaire suspecte qui s'est avérée être une tumeur. La procédure juridique est longue et difficile. Son épouse s'inquiète, tente de lui faire prendre conscience qu'il va moins bien et qu'il s'épuise. Ni son épouse ni le Dr P. ne savent comment réagir...

3

Comment aider le Dr Peuplu?

- S'agit-il d'un épuisement, d'une dépression?
 - Fait-il partie d'un groupe à risque?
 - Quid du risque suicidaire?
 - Faut-il l'adresser à des soins spécialisés?
 - Comment faire appel?
 - Les femmes et les hommes égaux face à l'épuisement?
- ⇒ **Temps d'échange et de partage en petits groupes pendant 3-5 minutes...**

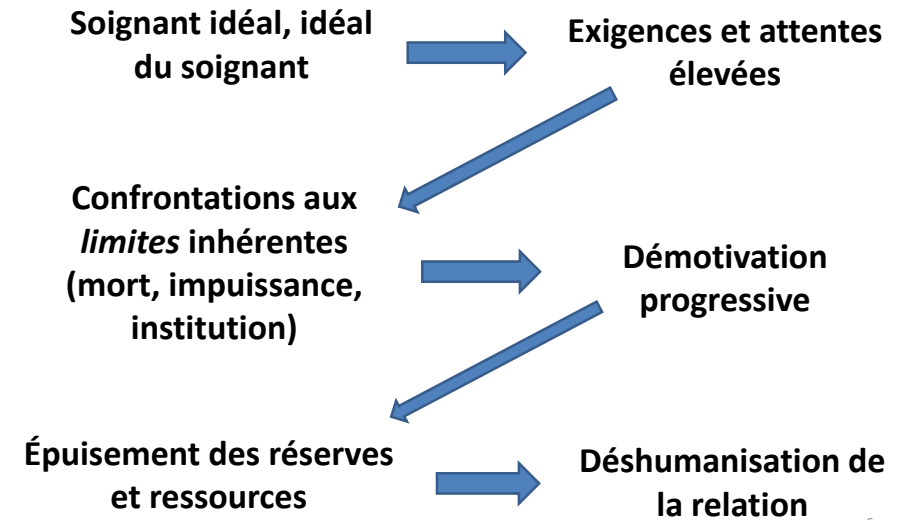
4

« Une maladie de la relation d'aide »

« Une maladie de l'idéal professionnel »

5

Parcours idéal?



6

Les mythes...

7

Quel médecin?

- Le Sauveur
- Le Contrôlant
- L'Obsessionnel
- L'Ambitieux
- Le Parfait
- Le Désorganisé
- L'Inquiet
- ...

Rentsch 2011

8

Les talons d'Achille...

- Tendance au perfectionnisme
- Sens exagéré des responsabilités
- Difficulté à déléguer
- Influence de la vie privée et de ses émotions
- Influence du choix de la profession (volonté de soigner = réparer?)
- Dénier de ses propres besoins
- Histoire personnelle influence nos choix

Carter 2014, Rentsch 2011

9

Une profession comme une autre?

Des responsabilités comme des autres?

Le beurre,
L'argent du beurre,
Et la fille du laitier... ?

10

Maslach Burnout Inventory (MBI)

(Maslach, Jackson 1986)

3 dimensions:

- épuisement émotionnel (EE)
- dépersonnalisation ou cynisme (DP)
- Réduction de l'accomplissement personnel (PA)

11

Épuisement émotionnel (EE)

- Manque d'énergie
- Ressources émotionnelles « épuisées »
- Professionnel « vidé nerveusement »



Burki and al. 2006

- **Rôle central dans le concept du burnout**

Il s'agit de la 1^{ère} étape du processus

12

Dépersonnalisation/cynisme (DP)

- Représente la dimension **interpersonnelle** du burnout
- Signifie le sentiment de ne plus se reconnaître soi-même, « être étranger à soi-même ».
- Attitudes détachées, impersonnelles, cyniques envers les patients: patient considéré comme un numéro de chambre, une chose, un objet...
- **Contre-attitudes** envers les patients
- Risque de maltraitance, iatrogénicité

masculin

À considérer comme un mécanisme de **défense** contre l'épuisement émotionnel...

13

Réduction de l'accomplissement personnel (PA)

- Diminution du **sentiment d'efficacité**
- Baisse de **l'estime de soi**
- Perception de son travail comme **insuffisant**, mauvais

Le *chemin risqué* vers des symptômes dépressifs...

14



Féminisation de la profession médicale:

- 60-70% de femmes études de médecine
- Proportion H:F chez les MPR se modifie avec l'âge (**1:2-3** chez les < 35 ans et **9:1** chez les >50 ans)
- Temps partiel ++ chez la femme
- Salaire inférieur chez la femme
- Moins d'accès aux postes à responsabilité, académiques

15



: *même fonctionnement?*

Facteur protecteur du burn-out!

♂	♀
Priorité à la vie professionnelle	Priorité à la vie familiale
D'avantage actes que relation	D'avantage axé sur la relation (consultations + longues)
Compétitif	Moins axé sur la productivité
	Patientèle d'avantage « complexe psychosociale »
Centré sur ses propres besoins	Centrée sur les besoins de l'autre

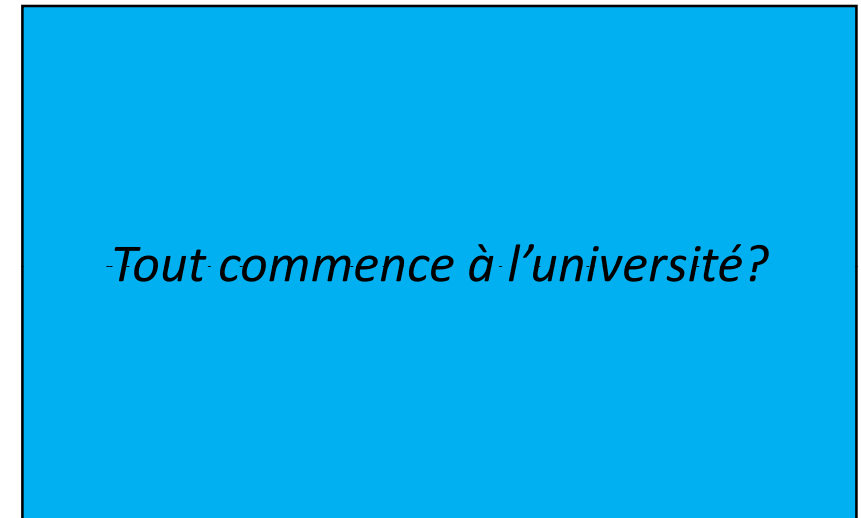
16



: même souffrance?

♀	♂
Verbalisation des émotions (colère, frustration)	Absence de verbalisation émotionnelle
choix de vie complexe	↑ risque burn-out
↑↑↑ risque burn-out	↑ risque suicidaire
↑↑↑ risque suicidaire	Accès aux soins -
Accès aux soins ++	Peu de prise de conscience de sa souffrance
Bonne prise de conscience de sa souffrance	

17



18

- Le burn-out a longtemps été considéré comme débutant après le début de la carrière clinique
- Étudiants en médecine:
 - **Prévalence de 28-75%**
Dahlin 2007, Dyrbye 2006, Daly 2002, Guthrie 1998
 - Moins de burn-out chez les étudiants avec des événements de vie positifs mais pas de relation entre burn-out et événements de vie négatifs
Dyrbye 2009
 - Lien entre étudiants en burn-out et idéation suicidaire
 - FR: **impulsivité, impatience.**

19

Étudiants en burn-out...

Présent même avant les années cliniques!

- Étudiants soutenus dans les premières années par l'environnement universitaire
- Moins soutenus ensuite, notamment au contact des médecins plus avancés
- Confrontation progressive à « l'impuissance » de la médecine

Conséquences:

- Risque suicidaire augmenté
- Empathie en baisse
- Mauvaise santé

IsHak 2013, Mazurkiewicz 2012, Dyrbye 2009, Dahlin 2007, Thomas 2007

20

≤ 10 ans

11-20 ans

≥ 21 ans

Est-on d'avantage en burnout en **début** ou en **fin** de carrière?

Quid de l'expérience?

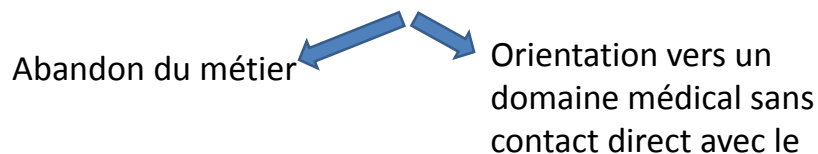
Dyrbye 2013²¹

	Début	Milieu	Tardif
Satisfaction	±	-	++++
Heures de travail	++	++++	++
Conflit vie prof/vie privée	+++	+	+
Dépersonnalisation ou cynisme (DP)	+++	+	+
Épuisement émotionnel (EE)	+	+++	+
Burn-out	+	+++ (EE)	-

Dyrbye 2013²²

MILIEU de carrière: sensible!

- Heures de travail++
- Épuisement++
- Burn-out++
- Insatisfaction++



Alors que le médecin est le mieux formé et le plus performant...!! => implications **financières**, sur la **relève** médicale et la **qualité des soins!**

Dyrbye 2013, Schloss 2009

23

DEBUT de carrière: prévention!

Les difficultés de concilier vie **privée** et vie **professionnelle** ont un impact sur

- Décisions professionnelles
- Satisfaction professionnelle
- Risque de burn-out

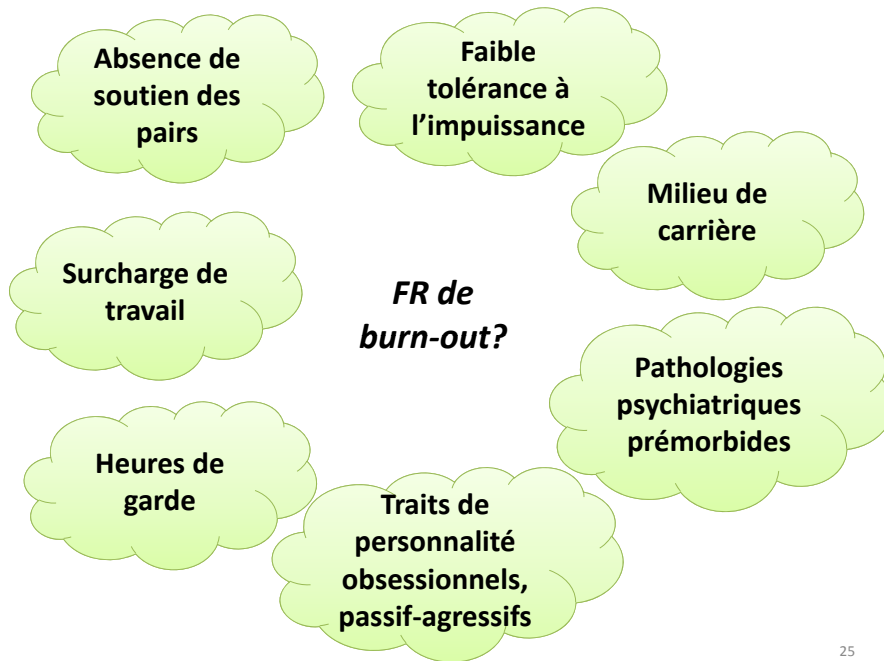
Dyrbye 2011 & 2012 & 2014

24

Facteurs de risque « institutionnels »?

- Manque de clarté des tâches à effectuer
- Ambiguïté des rôles de chacun
- Absence d'autonomie
- Manque de reconnaissance
- Sentiment d'absence de maîtrise sur le travail demandé

Dyrbye 2013, Cordes and al. 1993, Karasek 1981



25

26

Médecin insatisfait?

Effets sur les patients

- Insatisfaction des patients
- Qualité des soins diminuée
- Mauvaise adhérence du patient aux soins

DiMatteo 1993, Haas 2000, Linn 1985, Katz 1999, Melville 1980

Effets sur le médecin

- Burn-out
- vie privée
- L'insatisfaction est un facteur de risque pour le burn-out, tout comme la perte de l'autonomie clinique et administrative

27

Le nombre d'heures?

Le nombre d'heures de travail ne serait pas corrélé au burn-out... La charge de travail est très **subjective** et donc tout ne peut pas se résumer aux 50 heures!

28

Conséquences...



Et le *suicide*?

- Risque augmenté dans population médicale:
 - Légèrement chez l'homme
 - Fortement chez la **femme** $\approx 5x$ selon certaines études (conflit travail/privé, valorisation moindre)
- Spécialités à risque:
 - **Anesthésie**
 - **Psychiatrie**
 - **Médecine générale**
- Moyens: toxiques, médicaments létaux

30

Quelles stratégies pour faire face?

31

Les médecins cherchent-ils de l'aide?

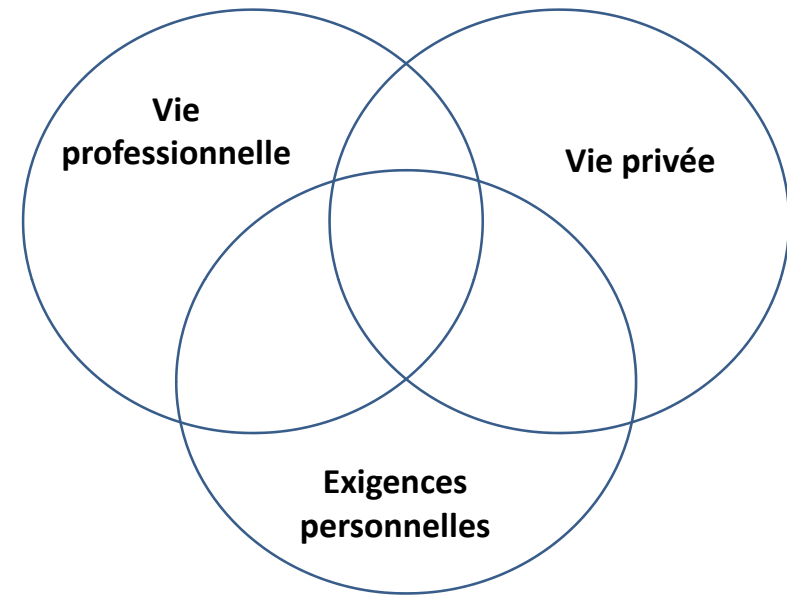
32

Non... et souvent...

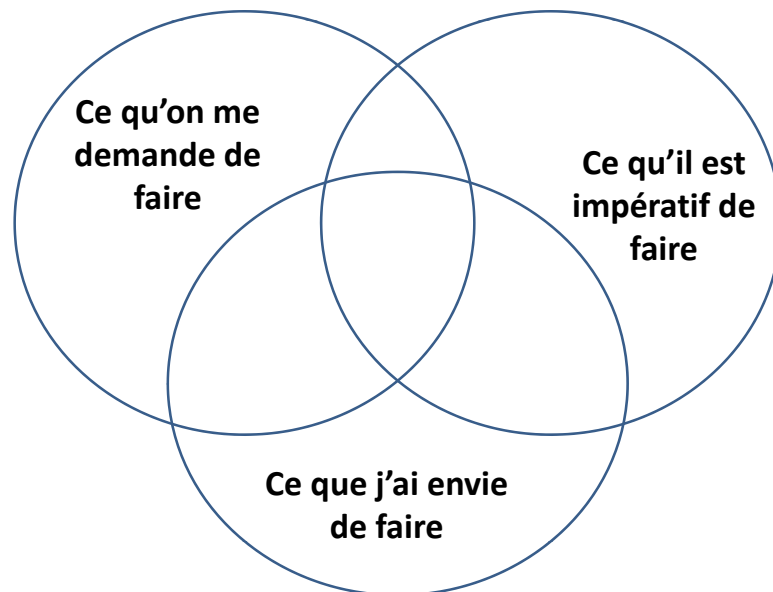
- Autodiagnostic
- Automédication
- Peu de demande d'aide
- Accès difficile à l'aide psychologique

Déni, rationalisation, banalisation, retard dans la prise en charge,

33



34



Adapté de Delbrouck M. Comment traiter le burn-out: principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel, De Boeck, 2011, p.205.

35

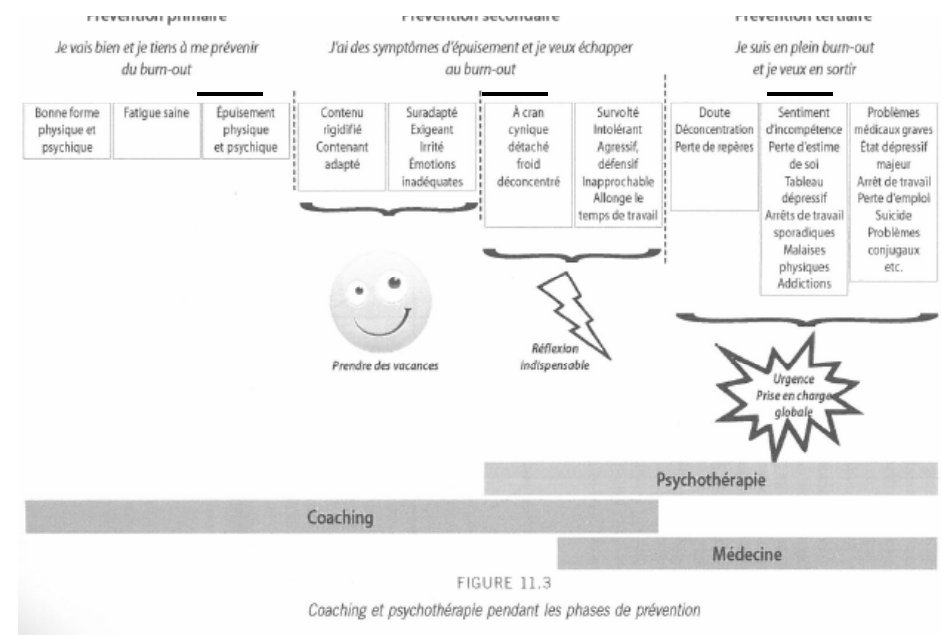


FIGURE 11.3
Coaching et psychothérapie pendant les phases de prévention

Delbrouck M. Comment traiter le burn-out: principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel, De Boeck, 2011, p.121. 36

L'agenda

- Organiser le temps en **début** de journée
- Fixer des priorités **quotidiennes**
- Faire des **pauses** fréquentes (même courtes)
- **Déléguer** (ce qui est possible) et notamment le travail administratif et de secrétariat

1. Planifier les patients *difficiles* aux heures *faciles*!
2. Ce qui est urgent, est urgent; le reste *ne l'est pas*

37

Rompre avec le travail

- **Détachement** pendant les moments de pause
- **STOP**: courriel, téléphone, travail
- **Relaxation**
- Activités sociales **extra-professionnelles** (« se changer les idées... »)

Vivre *l'instant présent*, lorsqu'on a quitté le milieu professionnel

38

Se détacher...?

- **Croyance** :
« *Se couper émotionnellement (détachement) avec le patient prévient l'épuisement professionnel.* »
- Bénéfices possibles: meilleure objectivité, concentration, meilleure gestion du temps
- Mais malheureusement: **réduction de l'empathie!**

Le *maintien de l'empathie* dans la relation thérapeutique est un facteur *protecteur* de burnout...

Huggard 2003, Halpern 2001

39

Se motiver et être motivé?

- **Reconnaissance** du travail effectué
- Confiance de la **hiérarchie**
- Favoriser la **satisfaction** au travail
- Favoriser l'**autonomie**
- Accroître de manière *réaliste* les **responsabilités**
- Reconnaissance des **limites** (objectifs réalistes)
- Participation aux **décisions**

Osciller entre *reconnaissance* et *responsabilisation*

40

S'entourer?

- **Rompre l'isolement** par le réseau socio-familial
- Être **parent** = facteur protecteur
- Réseau amical hors-professionnel bénéfique
- Éviter les remarques **négatives** sur le manque de disponibilité

Ne pas porter seul ce qui est trop lourd

41

Échanger et partager

- Le **soutien des pairs** est fondamental!
- **Temps d'échanges:**
 - réunions, colloques
 - Le temps informel
- **Espaces d'échanges:**
 - cabinets de groupe
 - Réseaux
 - Partenaires

Ne pas porter seul ce qui est trop lourd

42



43

Rompre l'isolement

- Supervision individuelle ou groupale
- Les groupes d'intervision
- Les groupes Balint
- ...

Un moment de partage *ponctuel* (même bref) et *planifié* est très bénéfique

44

Se ressourcer

- Activités sportives
- Méditation
- Mode de vie
- Art, lecture, création
- ...

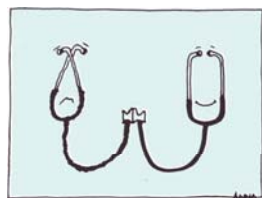
45

Dire quand ça ne va pas...



<https://www.comment-vas-tu.ch/>

46



Médecins: ReMed - FMH

- Depuis 2010
- Pour les médecins **et** leurs proches
- 24h/24, intervention dans les 72h

0800 0 73633

help@swiss-remed.ch

47

Comment agir?



- Améliorer la prise en compte de son **vécu** émotionnel
- Favoriser l'**accès** aux soins psychiques
- Amélioration de la **balance** vie privée/vie professionnelle
- **↑** reconnaissance, responsabilisation

Actions individuelles?

Actions institutionnelles?

48