

Volet 1 : Les médecins

Une étude de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)
Réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin. Rapport N°286.1 – Octobre 2015 - Dr J.P. FERLEY, B. ROCHE-BIGAS
Etude initiée par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM), cofinancée par l'ARS et le CROM du Limousin

CONTEXTE

Les médecins font partie de ces professionnels dont la mission suppose un très fort engagement et oblige à de nombreux sacrifices. Leur charge de travail est importante et va en s'accroissant, de même que s'accroissent les contraintes qui leur sont imposées. Dans le même temps, les relations avec les patients se modifient, parfois se dégradent, et la position du médecin est réinterrogée. Tous les ingrédients sont réunis pour conduire à un mal-être généré par un décalage croissant entre l'engagement et l'idéal de départ et une réalité faite de contraintes, d'exigences de la patientèle, de relations compliquées avec certaines institutions, et, chez certains, d'un sentiment de faible reconnaissance et d'image dévalorisée.

Plusieurs études ont confirmé au cours de la dernière décennie la réalité de la souffrance des soignants. Cependant, elles étaient le plus souvent limitées à certaines catégories sectorielles ou ont ciblé tel ou tel établissement. Conscient de la montée en puissance des phénomènes de burn-out et de souffrance au travail, le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Limousin a porté le débat devant la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) laquelle a souhaité lancer un vaste programme d'étude sur ce thème sur 3 années auprès de tous les professionnels de santé, libéraux et salariés : médecins et sages-femmes dans un premier temps, infirmiers et aides-soignants dans un deuxième temps et autres professions de santé dans un troisième temps. Ce programme a été financé par les crédits de la démocratie sanitaire alloués par l'ARS et sa réalisation a été confiée à l'Observatoire Régional de la Santé. Ce document présente les principaux résultats de l'enquête auprès des médecins.

MÉTHODE

Une enquête exhaustive auprès des 2 356 médecins du Limousin - Un questionnaire rempli par près de la moitié

- ✗ Enquête postale conduite en octobre et novembre 2014 avec relance systématique.
- ✗ Thèmes abordés : 1/ Conditions de travail et évolutions ; 2/ Vécu du travail, difficultés rencontrées, éléments d'insatisfaction ; 3/ Santé psychique ; 4/ Mesure du burn-out.
- ✗ Un taux de participation très honorable (44%, 1 029 répondants) mais inférieur à celui escompté, vraisemblablement du fait de la lourdeur du questionnaire ; un taux de participation légèrement plus élevé chez les salariés que chez les libéraux (respectivement 46% et 41%). Chez les hospitaliers, la participation est probablement plus élevée qu'il n'y paraît car il n'est pas certain que tous aient effectivement reçu le questionnaire (changements de service, voire d'établissement, pas forcément intégrés dans le fichier RPPS). Chez les libéraux, l'adhésion a été un peu plus élevée chez les généralistes que chez les spécialistes (41% vs 38%).
- ✗ Une représentativité des répondants excellente au niveau géographique et acceptable en termes d'âge, de sexe et de statut.

RÉSULTATS

➤ **50 heures de travail par semaine (sans compter les gardes), une charge de travail considérée comme trop lourde par plus de la moitié des médecins, en augmentation pour les 2 tiers d'entre eux**

Un volume horaire médian estimé à 50 heures par semaine (hors gardes), dont 6 heures hors soins, avec un différentiel de 9 heures entre hommes (55H) et femmes (46H) ; un volume horaire plus élevé chez les généralistes libéraux (56H, dont 5H en tâches administratives), avec, chez ceux-ci, un différentiel de 4 heures entre urbains et ruraux (respectivement 52H et 56H).

Une charge de travail jugée trop lourde par 6 hospitaliers sur 10, tandis que près de la moitié des libéraux, généralistes comme spécialistes, expriment le souhait de travailler moins.

Une charge de travail en augmentation depuis 2 ans pour 67% des médecins, en particulier pour les salariés (75%) et pour les généralistes exerçant en rural ou en péri-urbain (72% versus 54% en urbain).

Du travail régulièrement emporté à la maison pour plus de la moitié des médecins, des repas régulièrement sautés ou écourtés pour 6/10.

En sus du travail quotidien, une participation à une permanence des soins (PDS) ou à une continuité des soins pour 70% des médecins, régulière (plusieurs fois par mois) pour 57% (69% des hospitaliers, 58% des généralistes et 50% des spécialistes). Chez les généralistes ruraux, la participation plurimensuelle à la PDS est la règle (80% versus 32% en ville). Chez les hospitaliers, la possibilité de prendre un repos compensateur n'est mentionnée que par le tiers d'entre eux. Par ailleurs, les deux tiers des médecins salariés (72% des hospitaliers) sont appelés à effectuer des heures supplémentaires, non rémunérées ni récupérées, même partiellement, dans les deux tiers des cas.

Fig. 1- Nombre approximatif d'heures de travail hebdomadaire (médiane)



➤ **De nombreuses contraintes, un assez faible degré de liberté et un difficile équilibre entre vie professionnelle et vie privée**

Une organisation du travail souvent perturbée : patients se présentant sans rendez-vous (pratique fréquente pour le tiers des libéraux), réponse directe au téléphone (situation fréquente pour 50% des généralistes et 30% des spécialistes libéraux).

Un assez faible degré de liberté pour libérer du temps libre non programmé (difficile pour 8 sur 10, très difficile pour 4 sur 10 et plus encore chez les hospitaliers) ou pour partir en vacances (difficile pour 4 sur 10, très difficile pour 1 sur 10, difficulté très prégnante chez les généralistes libéraux).

Une difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle fortement ressentie par le tiers des praticiens.

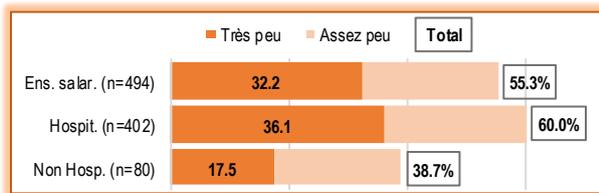
➤ **Chez les médecins salariés, en particulier hospitaliers, des difficultés relationnelles assez fréquentes avec la direction administrative, voire avec la hiérarchie médicale, et un problème de reconnaissance fréquemment pointé**

Des relations avec la direction administrative médiocres, voire mauvaises pour 1 médecin salarié sur 3 (mauvaises pour 1 sur 6), constat formulé plus rarement envers la hiérarchie médicale (18%, dont mauvaises pour 8%).

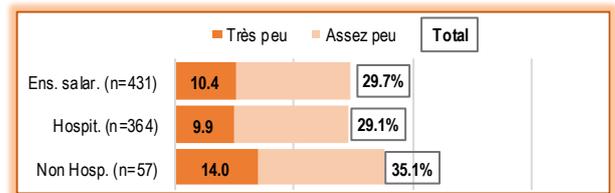
Chez les médecins salariés, en particulier chez les hospitaliers, un sentiment fréquent de faible reconnaissance par la direction administrative (ressenti par 55%, fortement par 32%), voire, à un degré moindre, par la hiérarchie médicale (ressenti par 30%, fortement par 10%).

Fig. II- Proportion de médecins salariés s'estimant peu reconnus

a/ par la direction administrative



b/ par la hiérarchie médicale



➤ **Des difficultés dans l'exercice de la profession (charge de travail, relations avec les patients, tâches administratives, image dévalorisée...) conduisant assez souvent à une vraie lassitude professionnelle**

Des difficultés avec certains patients : demandes excessives fortement ressenties par 35% (50% chez les généralistes), manque de respect (surtout en libéral), crainte de poursuites judiciaires.

Une confrontation fréquente à une certaine violence : 54% des médecins ont subi des violences physiques ou verbales au cours des 2 dernières années avec, dans la moitié des cas, des répercussions durables sur la vie du praticien, le plus souvent modérées mais parfois importantes (12% des cas, soit 6% de l'ensemble des médecins).

Un isolement professionnel assez fortement ressenti par plus d'un médecin sur 5 (même en milieu hospitalier).

Une lassitude professionnelle assez, voire très fortement ressentie par près d'un médecin sur 3 (très fortement par 1 sur 10).

Une insatisfaction professionnelle chez 1 médecin sur 5 (1 sur 4 chez les salariés) et un souhait fréquent (pour le moins dans le discours) de changement de type d'exercice, voire d'activité (1/3 des libéraux, 1/4 des salariés).

Fig. III- Proportion de médecins déclarant ressentir assez ou très fortement une lassitude professionnelle

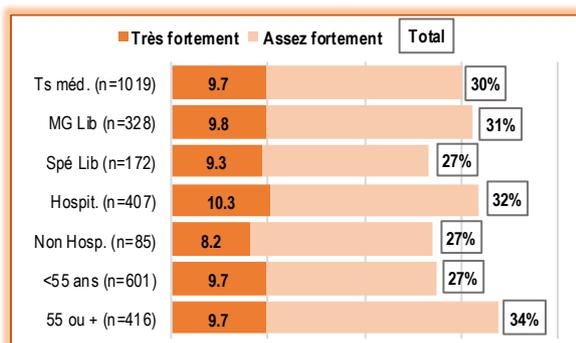
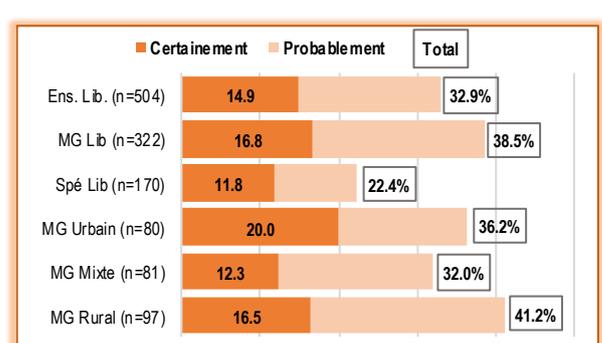


Fig. IV- Proportion de médecins libéraux susceptibles de se réorienter vers un exercice salarié si l'opportunité se présentait



Une insatisfaction et une lassitude à laquelle contribuent bien sûr la **charge de travail** (fortement pour 62% des médecins) et la **pression perpétuelle dans le travail** (65%), mais également la **lourdeur des tâches administratives** (fortement ressentie par 6 médecins sur 10, en particulier les généralistes : 71%), l'**image dévalorisée de la profession** (fortement ressentie par plus de 1 sur 3, en particulier chez les généralistes : 42%) ou encore, pour les libéraux, les **relations avec les patients** (40%) ou avec la **Sécurité Sociale** (25%) et, pour les salariés, les **exigences de la direction administrative** (49%), ou de la **hiérarchie médicale** (24%), la **mauvaise organisation** (44%), la **faible reconnaissance** (35%).

➤ **Un médecin sur 5 en état d'épuisement professionnel**

Un degré élevé d'épuisement professionnel mesuré par le test de burn-out de référence (MBI : Maslach Burn-out Inventory) retrouvé chez 20% des médecins, davantage chez les hospitaliers (23%) et les généralistes (20%) que chez les spécialistes libéraux ou les salariés non hospitaliers (15%). Au total, 57% des médecins limousins présentent un certain degré d'épuisement.

Un état plus fréquent dans les classes d'âge intermédiaires (degré élevé d'épuisement chez plus de 25% entre 50 et 60 ans) et, évidemment, plus souvent retrouvé chez les médecins avec une charge de travail importante.

Fig. V- Proportion de médecins présentant un degré élevé ou moyennement élevé d'épuisement professionnel



➤ **Plus de 1 médecin sur 5 se sentant, à titre personnel, menacé par le burn out, et un médecin sur 10 pouvant être considéré comme présentant un burn-out sévère**

Le sentiment d'être personnellement menacé par le burn-out retrouvé chez 22% des médecins (24% des salariés et 20% des libéraux), sentiment très fortement ressenti par 8%.

De fait, 11% peuvent être considérés, au vu des résultats du test de référence (MBI) comme présentant un burn-out complet, cumulant, outre l'épuisement professionnel, une certaine dépersonnalisation de la relation avec les patients (retrouvée chez 30% des praticiens) et une forte baisse du sentiment d'épanouissement dans le travail (66%).

Fig. VI- Proportion de médecins se sentant personnellement menacés de burn-out

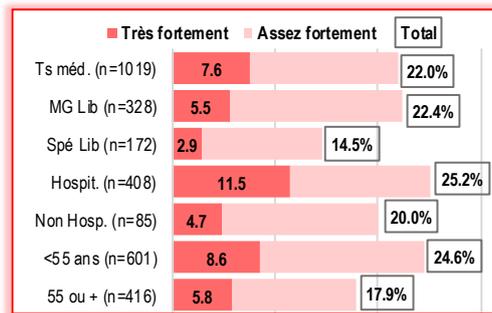
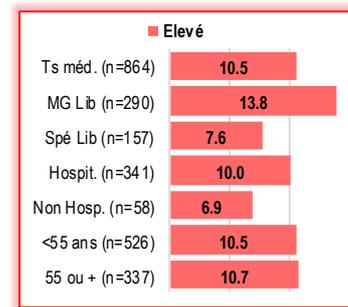


Fig. VII- Proportion de médecins présentant un burn-out sévère



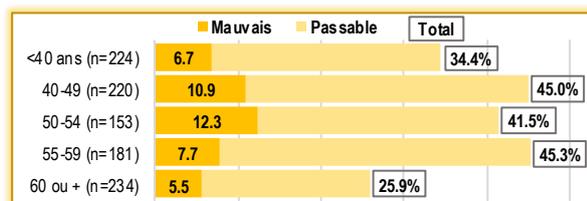
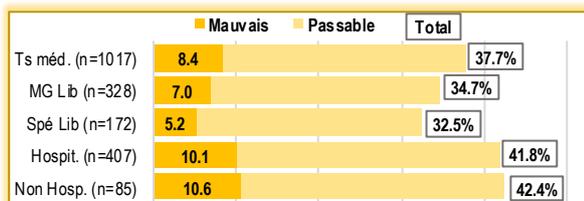
Un burn-out sévère touchant davantage les généralistes libéraux (14% versus 10% chez les hospitaliers, 8% chez les spécialistes libéraux et 7% chez les salariés non hospitaliers).

Un burn-out sévère touchant toutes les tranches d'âge, évoluant proportionnellement avec la charge de travail et, chez les généralistes libéraux, nettement plus souvent retrouvé en rural ou en péri-urbain qu'en ville (17% versus 7%).

➤ **Un moral souvent décrit comme passable, voire mauvais, et en dégradation au cours des dernières années, avec dans ce cas, une implication très fréquente du travail**

Un moral décrit comme passable, voire mauvais, par près de 4 médecins sur 10 (38%, dont mauvais 8%) et une dégradation au cours des 2 dernières années pour une majorité de médecins (58%) ; un constat plus négatif encore chez les salariés et dans les âges intermédiaires (40-60 ans).

Fig. VIII- Proportion de médecins limousins qualifiant de passable, voire mauvais, l'état de leur moral actuel



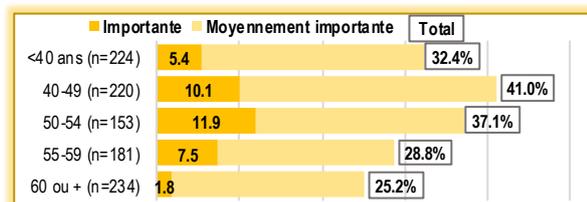
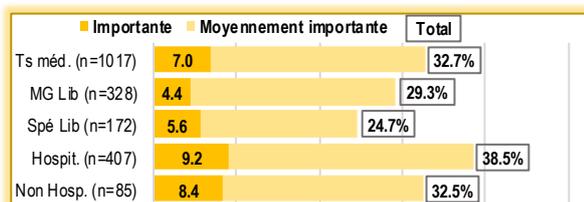
Le travail en cause dans cette dégradation, au moins partiellement, 9 fois sur 10 (4 fois sur 10 il en est l'élément déterminant).

Une consommation régulière de psychotropes chez plus d'un médecin sur 5 (21%) : qu'il s'agisse d'anxiolytiques (1 médecin sur 6 : 17%) ou d'antidépresseurs (1 médecin sur 12 : 8%).

➤ **Un médecin sur 3 en souffrance psychique, avec parfois des idées suicidaires (un sur 6 au cours des 2 dernières années), souvent en lien avec le travail**

Une souffrance psychique mesurée par le test MHI-5 (Mental Health Inventory) retrouvée chez 33% des médecins (importante chez 7%) : 38% chez les salariés et 28% chez les libéraux, soit beaucoup plus que dans l'enquête réalisée en 2008 auprès des généralistes libéraux de 5 régions françaises (de 10% à 17% selon la région) et deux fois plus que le chiffre relevé en population générale des 35-64 ans la même année (17%).

Fig. IX- Proportion de médecins présentant une souffrance psychologique (test MH5)



Des pensées suicidaires au cours des 2 dernières années reconnues par 1 médecin sur 6 (17%), chiffre nettement plus élevé que celui relevé en médecine générale dans l'enquête de 2008 (6% au cours des 12 derniers mois) et que celui retrouvé en population générale (4% au cours des 12 derniers mois ; baromètre santé 2010).

Des pensées très souvent en lien avec des problèmes professionnels (8 fois sur 10, et même 9 fois sur 10 entre 50 et 60 ans). Même si, la plupart du temps, ceux-ci ne jouent qu'un rôle aggravant, ils peuvent être, dans une proportion non négligeable de cas, la cause essentielle de ces pensées (1 fois sur 4 : 19% chez les libéraux et 29% chez les salariés).

Ramenés à l'ensemble des répondants, ces chiffres indiqueraient que 13% de l'ensemble des médecins limousins ont eu au cours des 2 dernières années des idées suicidaires en lien au moins partiellement avec le travail ; pour 4% il en était la cause exclusive.

➤ **En cas de difficulté, un soutien moral pas toujours trouvé dans l'environnement professionnel**

Un soutien moral de la part des pairs pas toujours assuré : si 4 médecins sur 10 pensent pouvoir l'obtenir, 3 sur 10 sont plus circonspects et 3 sur 10 en doutent vraiment. Les médecins libéraux, en particulier s'ils n'exercent pas en ville, sont moins assurés d'un tel soutien que les salariés.

L'assurance d'un soutien moral « institutionnel » en cas de difficulté encore moins assuré, qu'il s'agisse chez les salariés d'un soutien de la hiérarchie (26% seulement pensent en bénéficier) ou de la médecine du travail (17%) ou qu'il s'agisse d'un soutien de l'Ordre chez les libéraux (20%).

➤ **Un recours à un soutien psychologique souvent recherché ou, pour le moins, envisageable (4 médecins sur 10)**

Un recours effectif à un soutien psychologique chez près de 1 médecin sur 5 qui soit ont déjà consulté (14%), soit, plus rarement, sont effectivement suivis sur ce plan (5%) ; situation plus fréquente chez les femmes (25% versus 14%) et chez les quadragénaires (26%).

Un recours envisagé ou, pour le moins envisageable, pour plus de 1 médecin sur 5 (serait sûrement utile pour 6%, peut-être utile pour 17%), avec une plus forte proportion chez les salariés (25%) et les généralistes libéraux (23%) que chez les spécialistes libéraux (11%).

Un a priori largement favorable à la création d'une consultation spécialisée dédiée aux professionnels de santé dans un lieu neutre et confidentiel : 75% y seraient favorables (25% très favorables).

CONCLUSIONS

Un taux de participation honorable et une étude riche d'enseignements

Un taux de participation très honorable (44%), posant néanmoins, comme toujours, la question du profil des non répondants : sous ou sur-évaluation des phénomènes de souffrance selon que la non réponse concerne surtout des médecins surchargés de travail et peu disponibles pour remplir un lourd questionnaire ou au contraire des médecins peu concernés par ce problème. On peut penser que ces deux éléments interviennent concomitamment et que les chiffres relevés ne sont pas loin de la réalité.

Une étude dont l'intérêt réside dans la globalité de l'approche : par-delà le burn-out, prise en compte de l'état psychique et des manifestations de souffrance et recherche de déterminants dans les conditions d'exercice et l'environnement professionnel.

Un intérêt lié également à l'effectif étudié (plus de 1 000 répondants) et à la diversité des profils professionnels étudiés.

Une dégradation manifeste des conditions de travail et une augmentation des contraintes ; un décalage fort entre l'image que l'on se faisait du métier et sa réalité débouchant chez certains sur une insatisfaction et une lassitude professionnelles

Un métier très contraignant (horaires, gardes ou astreintes, faible degré de liberté pour s'organiser et dégager du temps libre, difficultés à maintenir un équilibre entre vie privée et vie professionnelle ...) en décalage avec les aspirations actuelles poussant à privilégier la vie privée.

Une dégradation des conditions de travail résultant de nombreux facteurs : charge de travail, pression perpétuelle, poids grandissant des contraintes administratives, relations plus difficiles avec les patients...

Parallèlement, un sentiment d'**image dévalorisée du métier**, de **faible reconnaissance** institutionnelle, dans un contexte d'évolutions sociétales réinterrogeant la position du médecin et la relation médecin-malade.

Au final, chez d'assez nombreux médecins, un décalage souvent durement ressenti entre l'idéal professionnel imaginé et la réalité quotidienne, décalage pouvant conduire à une **insatisfaction** professionnelle (1 praticien sur 5, davantage chez les salariés) et une réelle **lassitude** (1 sur 3) avec un souhait fréquent de réorientation professionnelle (1/3 des libéraux et 1/4 des salariés).

Un moral dégradé chez de nombreux médecins, un burn-out et une vraie souffrance chez certains

Un moral dégradé chez de nombreux médecins, en lien le plus souvent avec le travail, et un recours médicamenteux assez fréquent ; une dégradation qui semble s'accroître au cours des dernières années et qui peut parfois conduire à des pensées suicidaires (1 médecin sur 6 reconnaît en avoir eu au cours des 2 dernières années).

Une surcharge de travail qui ne suffit pas à expliquer l'état d'épuisement professionnel et/ou la réelle souffrance relevés chez certains (un médecin sur 3). Cette surcharge de travail serait sans doute acceptée plus sereinement si elle n'intervenait sur un fond de contraintes et d'exigences diverses et variées d'intérêt contesté, de remise en cause du positionnement et d'une sensation de non reconnaissance ou de dévalorisation de l'activité.

Un burn-out sévère rencontré chez un médecin sur 10 avec un tableau complet associant épuisement professionnel et émotionnel, distanciation par rapport aux patients et baisse sensible du sentiment d'épanouissement dans le travail.

Un mal-être plus répandu chez les généralistes que les spécialistes libéraux mais qui touche encore davantage les **médecins hospitaliers**.

Malgré des chiffres qui interpellent, un constat qui n'est probablement pas propre au corps médical

Des chiffres que l'on pourrait sans doute rencontrer à un niveau comparable dans d'autres métiers confrontés à une augmentation de la pression dans le travail, à un renforcement des contraintes et des exigences sans contrepartie perçue en termes de reconnaissance, voire en dégradation sur ce plan (métiers de la santé, de l'enseignement, du social, de la sécurité publique...).

Cependant, une souffrance au travail qui revêt une importance particulière lorsqu'elle touche des médecins car elle constitue alors un problème de santé publique : un médecin en souffrance n'est probablement pas en capacité de donner le meilleur de lui-même au profit de ses patients.

Face à ce constat, peu de recommandations concrètes à proposer localement en termes de prévention primaire, des dispositifs dédiés à imaginer ou à développer

De nombreux éléments contributifs de cette souffrance au travail relèvent en effet de politiques nationales ou d'évolutions sociétales. Même en milieu hospitalier où les relations entre médecins et direction administrative sont apparues assez souvent mal vécues, les leviers d'action sont sans doute relativement limités. C'est donc dans le champ de la prévention secondaire, pour éviter que le mal-être ne s'aggrave et ne débouche sur des situations extrêmes, que des initiatives doivent être prises, telle la mise en place de lignes téléphoniques dédiées ouvertes 24 heures sur 24 ou de consultations dédiées organisées dans des lieux neutres et confidentiels, ce qu'en grande majorité les médecins appellent de leurs vœux.

Comité de Pilotage :

S. ALLES (URPS-SF), M. BARRIS (CROM), M.C. BOREL (ARS), D. BOURGIN (CH St Junien), E. CHARLES (CH Esquirol), V. DELIVET (CH Brive), M. DRUET-CABANAC (CHU Limoges), J.P. FERLEY (ORS), M. JACQUET (SSL), C. LAFLEUR (URPS Médecins), J. MALGOUYARD (CROM), H. MERVILLE (CH Esquirol), E. MILOR (ARS), M. MOREAU (AIST87), D. MOULIES (CHU), J.F. NYS (Président CRSA), C. RENAUDIE-DUTHEIL (CDOF19), G. SOFIO (ERSM)

Remerciements

Nous tenons à remercier les 1 029 médecins limousins ayant participé à l'étude