

Que proposer pour répondre au malaise des médecins ?

Mots clés :

Médecine
générale
Stress
Psychothérapie
comportementale

Dans un précédent *Bibliomed*¹, nous analysons, à partir de différentes études internationales, les causes du malaise médical actuel pour en conclure qu'il était lié largement à la sensation de **perte d'autonomie professionnelle**, notamment du fait de l'évolution technique et économique : celle-ci implique **des contrôles de plus en plus mal supportés de la part des décideurs politiques et/ou économiques**. Ce phénomène est international. Nous avons alors listé diverses propositions². A l'initiative des responsables du NHS anglais, en collaboration étroite avec le RCGP (*Royal College of General Practitioners*) et l'équipe de recherche de R. Gral, aux Pays-bas, une vaste étude européenne a été mise en œuvre pour une durée de 7 ans dans 5 pays de la Communauté. La méthodologie de cette étude *EUPROBLU/GP* a été présentée dans de nombreuses revues internationales, tant elle semblait importante dans sa philosophie et ses aboutissants possibles. Le BMGP l'a publiée en 1999³, et livre aujourd'hui des premiers résultats intermédiaires si probants que le comité organisateur a décidé l'arrêt du bras placebo et proposé à tous les sujets inclus dans l'étude de rentrer dans le bras intervention.

L'étude européenne a été soigneusement randomisée dans 5 pays de la Communauté (Grande-Bretagne, Pays-Bas, Belgique, Italie, Espagne)

1000 médecins généralistes ont été inclus (200 dans chaque pays) après tirage au sort sur listes des Ordres nationaux respectifs, en respectant les critères d'âge, de sexe, de lieu d'exercice, de mode d'activité. L'objectif était d'avoir une vision aussi complète et représentative que possible du corps médical en charge des soins primaires, afin de pouvoir rapidement, si les résultats étaient cohérents avec l'hypothèse de l'étude, en généraliser les conclusions³. L'urgence de la situation, selon les décideurs politico-économiques promoteurs du projet, a incité R. Gral et son équipe à faire avancer le projet *EUPROBLU/GP* très vite, tous les moyens nécessaires ayant été dégagés dans des délais hors normes.

Pourquoi ces 5 pays ?

L'existence d'un gradient Nord-Sud, analogue à celui du risque cardiovasculaire, avait été évoquée. Elle est probablement multifactorielle (conditions démographiques, pesanteurs sociologiques, facteurs géographiques, etc.). Des spécialistes des sciences humaines ont initié une étude annexe de type qualitatif, *EUPROBLU-PCU* (PCU pour *primary care understanding*) auprès d'un échantillon sélectionné à cet effet. Les premières analyses sont attendues dans les prochains mois.

Quelle était l'hypothèse de travail ?

La cellule de crise du NHS, après de larges auditions en Grande-Bretagne sous forme de nombreux *focus-group* décentralisés avait émis en première analyse que le malaise de ses GPs était probablement pour une grande partie lié au fait qu'il n'avaient ni le lieu où exprimer leur malaise (ou les interlocu-

teurs *ad hoc*), ni même le temps de l'exprimer.

Partant de ce constat, R. Gral a émis l'hypothèse que programmer un lieu « officiel » (une salle de réunion spécialement aménagée au siège local de l'assurance maladie) et un temps (rémunéré pour les médecins) pouvait être une approche pragmatique du problème, sous réserve d'une méthodologie adéquate. L'utilisation d'une thérapie comportementale en présence d'un observateur utilisant la grille fonctionnelle *SECCA*⁴ pour vérifier l'observance a été retenue. Une fois par mois, les médecins inclus dans l'étude se présentaient au siège local de l'AM. Dans le groupe « intervention », ils étaient formés au *cri primal*, psychothérapie née en 1967, et s'exprimaient simplement sous cette forme devant les dirigeants locaux de l'AM. La séance était brève (moins de 3 mn). Dans le groupe « placebo », les MG devaient exprimer verbalement leurs problèmes devant un aréopage des mêmes interlocuteurs.

Quelles sont les conclusions actuelles ?

Il est probable que le bilan intermédiaire récemment publié⁴ va terminer l'étude. Il est montré sans ambiguïté que l'usage régulier du *cri primal* dans un lieu prédéterminé et devant les supposés responsables du malaise améliore considérablement la sensation de bien-être du généraliste ($p=0,0001$) vis à vis du système. Plus encore, l'étude de différents critères intermédiaires (consommation d'alcool, de tabac, et autres dérivatifs) a montré une rapide diminution des comportements à risque des médecins dans le bras intervention. Enfin, cette méthode a dès à présent montré qu'elle était coût-efficace, puisque les projections économiques à moyen et long terme ont montré que les médecins ainsi « dé-stressés » sont plus attentifs à l'écoute de leurs patients et moins prescripteurs.

On ne peut évidemment conclure d'une seule étude, quelles que soient par ailleurs ses qualités méthodologiques. Il y a là un grave sujet de réflexion et probablement de recherche spécifique en médecine générale, nécessaire dans un contexte français sans doute très différent des autres systèmes de santé étudiés. On peut rappeler à ce sujet que la sortie claironnante de la psychotropine (Panaceum[®]) en 1984 n'a malheureusement pas abouti à des résultats à la hauteur des ambitions de ses concepteurs, malgré le soutien enthousiaste de notre confrère *la revue Prescrire*, pourtant peu suspecte de complaisance vis à vis de l'industrie⁶.

Deux points restent cependant acquis : le premier avril est... le premier avril ; et la formation au *cri primal* peut être indispensable. Elle est au programme d'*Agora Formation* l'un des piliers incontournables de la formation des formateurs en FMC (Com+), inscrite dans la *DAQ* quotidienne des responsables de l'UnaformeC (convention Assurance Qualité, certification Iso Rueil 3000).

Pour reprendre un titre brillantissime de Pierre Desproges, « la seule certitude que j'ai, c'est d'être dans le doute » (Seuil, 1998).

Références

- 1 – Collectif. Pourquoi les médecins sont-ils malheureux ? *Bibliomed* 2004 ; 332.
- 2 – Collectif. Qu'envisager face au malaise des médecins ? *Bibliomed* 2004 ; 333.
- 3 – Gral R. et al. European Project against Blues in General Practice. Improving the quality of life in european general practice for a best quality of care. *BMGP* 1999 ; 2547 ; 1958-67.
- 4 – Cottraux J. Phobies sociales et perturbations des conséquences sociales. In : *Les thérapies comportementales et cognitives*. Masson ; Paris ; 1995.
- 5 – Gral R. *EuProBlu/GP. First insights. Would't we stop now ?* *BMGP* 2004 ; 6326 ; 1407-8.
- 6 – La psychotropine au palmarès des nouveaux produits. *Prescrire* 1984 ; 34 : 2-3.