

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

N° 56

THÈSE

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DES de PSYCHIATRIE)**

par

Karen LAMARCHE

Née le 20 octobre 1981, à Laval

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2011

SUICIDE CHEZ LES MÉDECINS

Enquête descriptive auprès des psychiatres de Loire-Atlantique

Président du Jury: Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie GUITTENY

1. INTRODUCTION	14
2. ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE ET DE SES COMORBIDITÉS CHEZ LES MÉDECINS	17
2.1. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES GÉNÉRALES SUR LE SUICIDE ET LES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES MÉDECINS	18
2.1.1. LE SUICIDE	18
2.1.2. LES TENTATIVES DE SUICIDE	25
2.1.3. LES IDÉES SUICIDAIRES.....	25
2.2. CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU SUICIDE DES MÉDECINS	27
2.2.1. LE SEXE.....	27
2.2.2. L'ÂGE.....	28
2.2.3. LES SPÉCIALITÉS ET LES CONDITIONS D'EXERCICE	29
2.2.3.1. Les spécialités	29
2.2.3.2. Les modalités d'exercice.....	31
2.2.4. LES MOYENS UTILISÉS.....	32
2.2.4.1. L'Intoxication Médicamenteuse Volontaire	32
2.2.4.2. Les autres moyens.....	33
2.2.5. LE STATUT MARITAL ET SOCIAL	33
2.3. COMORBIDITÉS ASSOCIÉES AU SUICIDE DES MÉDECINS	33
2.3.1. LES DÉPRESSIONS	35
2.3.1.1. Épidémiologie générale	35
2.3.1.2. Épidémiologie en fonction du sexe	37
2.3.1.3. Épidémiologie en fonction de l'âge	38
2.3.2. LES TROUBLES DE L'HUMEUR : BIPOLAIRES ET UNIPOLAIRES.....	39
2.3.3. LA DYSTHYMIE.....	40
2.3.4. LA SCHIZOPHRÉNIE	41
2.3.5. LES ADDICTIONS	41
2.3.5.1. Addictions aux produits	41
2.3.5.1.1. Épidémiologie générale	41
2.3.5.1.2. Épidémiologie en fonction des produits	42
2.3.5.1.2.1. Les produits licites	42
2.3.5.1.2.2. Les produits illicites.....	45
2.3.5.1.3. Épidémiologie en fonction de l'âge.....	46
2.3.5.1.4. Épidémiologie en fonction de la spécialité.....	46
2.3.5.2. Addiction au travail	49
2.3.5.2.1. L'origine	49
2.3.5.2.2. Les synonymes.....	49

2.3.5.2.3.	<i>La définition</i>	49
2.3.5.2.4.	<i>Les diagnostics différentiels</i>	50
2.3.5.2.5.	<i>Les critères spécifiques</i>	50
2.3.5.2.6.	<i>Les échelles</i>	51
2.3.5.2.7.	<i>Les étapes</i>	51
2.3.5.2.8.	<i>Les causes</i>	51
2.3.5.2.9.	<i>Les conséquences</i>	52
2.3.6.	LES TROUBLES DU COMPORTEMENT	52
2.3.7.	LES TROUBLES DU SOMMEIL.....	54
3.	DISCUSSION DES HYPOTHÈSES DU SUICIDE DES MÉDECINS.....	56
3.1.	LE MÉDECIN.....	57
3.1.1.	LE CHOIX DE LA MÉDECINE	57
3.1.2.	LA PERSONNALITÉ DES MÉDECINS	58
3.1.2.1.	Un perfectionnisme	59
3.1.2.1.1.	<i>D'où vient ce perfectionnisme ?</i>	59
3.1.2.1.1.1.	L'influence des parents	59
3.1.2.1.1.2.	L'influence de l'environnement	60
3.1.2.1.2.	<i>Les formes</i>	60
3.1.2.1.3.	<i>Les caractéristiques</i>	61
3.1.2.2.	Un doute chronique.....	62
3.1.2.3.	Une triade compulsive	63
3.1.2.4.	Un esprit de compétition	64
3.1.2.5.	Un fantasme d'invulnérabilité.....	64
3.1.2.6.	Une mentalité de sauveur.....	64
3.1.2.7.	Une indépendance.....	65
3.1.2.8.	Une alexithymie	65
3.1.3.	LE MÉDECIN : UN MAUVAIS MALADE	66
3.1.3.1.	Au niveau de leur prise en charge	66
3.1.3.1.1.	<i>Le médecin traitant</i>	66
3.1.3.1.2.	<i>L'autoprescription</i>	67
3.1.3.1.3.	<i>Les congés maladies</i>	67
3.1.3.1.4.	<i>La maladie</i>	68
3.1.3.1.4.1.	Le déni ou le déni	68
3.1.3.1.4.2.	La difficulté à demander de l'aide.....	69
3.1.3.1.5.	<i>Les conséquences chez le médecin malade</i>	72
3.1.3.2.	Au niveau de leur prévention	72
3.2.	LA MEDECINE.....	73
3.2.1.	LE CONCEPT DU BURNOUT.....	73
3.2.1.1.	Origine du terme et définition :.....	74
3.2.1.1.1.	<i>Origine</i>	74
3.2.1.1.2.	<i>Définition</i>	74

3.2.1.1.3.	<i>Synonymes</i>	75
3.2.1.2.	Historique	75
3.2.1.3.	Modélisation du <i>burnout</i>	78
3.2.1.3.1.	<i>Le modèle exigences - contrôle de Karasek</i>	78
3.2.1.3.2.	<i>Le modèle existentiel de Pines</i>	78
3.2.1.3.3.	<i>Le modèle transactionnel ressources - exigences de Cherniss</i>	78
3.2.1.3.4.	<i>Le modèle transactionnel des troubles d'adaptation</i>	79
3.2.1.3.5.	<i>Le modèle de conservation de ressources</i>	79
3.2.1.3.6.	<i>Le modèle psychanalytique</i>	80
3.2.1.3.7.	<i>La psychopathologie du travail</i>	80
3.2.1.4.	Nosographie	81
3.2.1.5.	Critères.....	81
3.2.1.6.	Sémiologie	82
3.2.1.6.1.	<i>Symptomatologie non spécifique</i>	82
3.2.1.6.2.	<i>Symptomatologie spécifique</i>	82
3.2.1.7.	Diagnostic différentiel	84
3.2.1.7.1.	<i>Le stress</i>	84
3.2.1.7.2.	<i>La dépression</i>	85
3.2.1.7.3.	<i>L'insatisfaction au travail</i>	85
3.2.1.7.4.	<i>La neurasthénie</i>	85
3.2.1.8.	Stades.....	86
3.2.1.9.	Échelles.....	87
3.2.1.10.	Épidémiologie du <i>burnout</i> chez les médecins	88
3.2.1.10.1.	<i>En France</i>	88
3.2.1.10.2.	<i>A l'étranger</i>	92
3.2.1.10.2.1.	<i>En Europe</i>	92
3.2.1.10.2.2.	<i>Aux États-Unis</i>	93
3.2.1.11.	Profil du <i>burnout</i>	93
3.2.1.11.1.	<i>Le rôle de l'âge</i>	93
3.2.1.11.2.	<i>Le rôle du sexe</i>	94
3.2.1.11.3.	<i>Le rôle du statut marital</i>	95
3.2.1.11.4.	<i>Le rôle du lieu d'exercice</i>	96
3.2.1.11.5.	<i>Le rôle de la catégorie professionnelle</i>	96
3.2.1.11.6.	<i>Le rôle de la personnalité</i>	96
3.2.1.12.	<i>Burnout</i> et identité professionnelle.....	98
3.2.1.13.	<i>Burnout</i> et conséquences	100
3.2.1.13.1.	<i>Au niveau individuel</i>	100
3.2.1.13.2.	<i>Au niveau interindividuel</i>	101
3.2.1.13.3.	<i>Au niveau collectif</i>	101
3.2.1.14.	<i>Burnout</i> et suicide.....	102
3.2.2.	LA FORMATION MÉDICALE	102
3.2.3.	L'EXERCICE MÉDICAL	104
3.2.3.1.	L'exigence professionnelle	105

3.2.3.1.1.	<i>Les contraintes administratives.....</i>	105
3.2.3.1.2.	<i>Les contraintes judiciaires.....</i>	106
3.2.3.1.3.	<i>La charge de travail.....</i>	107
3.2.3.1.4.	<i>Les contraintes financières.....</i>	108
3.2.3.1.5.	<i>La difficulté à trouver des remplaçants.....</i>	108
3.2.3.1.6.	<i>La solitude de l'exercice / le manque de reconnaissance.....</i>	109
3.2.3.1.7.	<i>Médecin : économiste de la santé.....</i>	110
3.2.3.1.8.	<i>La perte d'autonomie.....</i>	111
3.2.3.1.9.	<i>L'explosion des connaissances médicales, de la technologie et leurs limites.....</i>	111
3.2.3.2.	La relation médecin malade.....	112
3.2.3.2.1.	<i>La vocation.....</i>	112
3.2.3.2.2.	<i>La démystification de la relation.....</i>	113
3.2.3.2.3.	<i>Les exigences des patients.....</i>	113
3.2.3.2.4.	<i>Le harcèlement des patients.....</i>	113
3.2.3.2.5.	<i>L'engagement tacite remis en question.....</i>	117
3.2.3.2.6.	<i>Le secret médical.....</i>	118
3.2.3.2.7.	<i>Le transfert de la souffrance.....</i>	118
3.2.3.2.8.	<i>La définition même de la relation médecin-malade.....</i>	119
3.2.3.2.8.1.	<i>Comme archétype guérisseur-blessé.....</i>	119
3.2.3.2.8.2.	<i>Comme altruisme.....</i>	121
3.2.3.2.8.3.	<i>Comme cout bénéfique.....</i>	121
3.2.3.2.8.4.	<i>Comme offre et demande.....</i>	122
3.2.3.3.	L'interface vie professionnelle – vie personnelle.....	122
3.2.3.4.	La spécificité de la femme médecin.....	123
3.2.3.4.1.	<i>Les exigences parentales.....</i>	124
3.2.3.4.2.	<i>Le harcèlement sexuel.....</i>	124
3.2.3.4.3.	<i>La perception du suicide.....</i>	124
3.2.3.4.4.	<i>Les désordres affectifs, la dépression et les addictions.....</i>	125
3.2.3.4.5.	<i>La faible estime de soi.....</i>	125
3.2.3.4.6.	<i>Le mode de fonctionnement médical.....</i>	125
3.2.3.5.	La spécificité du psychiatre.....	126
3.2.3.5.1.	<i>Le spectre des émotions.....</i>	126
3.2.3.5.2.	<i>La souffrance.....</i>	127
3.2.3.5.3.	<i>Le traumatisme par procuration.....</i>	128
3.2.3.5.4.	<i>Les patients psychiatriques.....</i>	128
3.2.3.5.5.	<i>La violence en psychiatrie.....</i>	128
3.2.3.5.6.	<i>La pression sociale et politique.....</i>	129

4. PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DU MÉDECIN SUICIDANT/SUICIDAIRE..... 130

4.1. PRISE EN CHARGE DU MÉDECIN SUICIDANT/SUICIDAIRE..... 131

4.1.1. L'ÉVALUATION OBJECTIVE DES TROUBLES..... 132

4.1.2. LES MODALITÉS DE SOIN..... 133

4.1.2.1. Le contrat thérapeutique..... 133

4.1.2.2.	L'hospitalisation	133
4.1.2.2.1.	<i>La confraternité</i>	134
4.1.2.2.2.	<i>La confidentialité</i>	134
4.1.2.2.3.	<i>Les soins spécifiques</i>	135
4.1.2.3.	Le refus d'hospitalisation.....	136
4.1.3.	LES MODALITÉS DE SUIVI.....	136
4.1.4.	L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	137
4.1.4.1.	L'arrêt de travail	137
4.1.4.1.1.	<i>La prise en charge de la patientèle</i>	138
4.1.4.1.2.	<i>L'arrêt de maladie longue durée ou arrêts répétés</i>	138
4.1.4.2.	La reprise du travail	139
4.1.4.3.	L'incapacité à exercer	140
4.2.	PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES MÉDECINS EN FRANCE	141
4.2.1.	SUR LE PLAN PERSONNEL.....	142
4.2.1.1.	Développer une bonne hygiène de vie	142
4.2.1.2.	Réduire sa charge de travail	143
4.2.1.3.	Exhorter les étudiants en médecine et les médecins à se trouver un médecin traitant :	143
4.2.2.	SUR LE PLAN PROFESSIONNEL	143
4.2.2.1.	Former les médecins au professionnalisme.....	143
4.2.2.2.	Informar les étudiants et les médecins sur les risques de la profession et les programmes d'aides existants.....	144
4.2.2.3.	Favoriser la communication et les échanges au sein des équipes	146
4.2.2.4.	Modifier la formation médicale	147
4.2.2.5.	Développer des compétences d'administrateur et de gestionnaires	148
4.2.2.6.	Prévenir les attitudes à adopter en cas de violences.....	148
4.2.3.	SUR LE PLAN INSTITUTIONNEL	149
4.2.3.1.	Faciliter l'accès aux soins	149
4.2.3.2.	Créer un service de médecine de travail pour les médecins.....	151
4.2.3.3.	Évaluer les aptitudes mentales et physiques	152
4.2.3.4.	Former les médecins à la prise en charge de confrères	153
4.2.3.5.	Parler du suicide d'un confrère	154
4.2.3.6.	Aider un confrère en souffrance.....	154
4.2.3.7.	Développer le droit et devoir d'ingérence.....	156
4.2.3.8.	Signaler l'auto prescription.....	156
4.2.3.9.	Modifier l'image du CNOM	157
4.2.3.9.1.	<i>Présentation</i>	157
4.2.3.9.2.	<i>Partenaires de l'entraide</i>	158
4.2.3.9.3.	<i>Publics concernés</i>	158
4.2.3.9.4.	<i>Procédure</i>	159
4.2.3.9.5.	<i>Favoriser la collaboration</i>	159
4.2.3.10.	Améliorer la protection sociale.....	159

4.2.3.10.1. Des médecins libéraux :	159
4.2.3.10.1.1. L'assurance maladie.....	159
4.2.3.10.1.2. La CARMF	160
4.2.3.10.2. Des médecins salariés.....	160
4.2.3.10.3. Les aides de la CARMF.....	161
4.2.3.11. Mettre en place une prévoyance adaptée	162
4.2.3.12. Développer les tontines.....	163
4.2.3.13. Créer des passerelles pour favoriser la reconversion	163
4.2.3.14. Faciliter les remplacements	164
4.2.3.15. Mieux définir les responsabilités	164
4.2.3.16. Discuter le BOS comme maladie professionnelle.....	165
4.2.4. SUR LE PLAN « SOCIAL »	165
4.2.4.1. Groupe Balint.....	165
4.2.4.1.1. Origine.....	166
4.2.4.1.2. Définition	166
4.2.4.1.3. Objectifs.....	166
4.2.4.1.4. Modalité.....	166
4.2.4.1.5. Différences avec d'autres groupes	168
4.2.4.1.6. Apport	168
4.2.4.2. Groupe de pairs.....	168
4.2.4.2.1. Les objectifs	168
4.2.4.2.2. La méthode.....	169
4.2.4.2.2.1. L'étude de cas cliniques.....	169
4.2.4.2.2.2. L'étude des circuits de soins locaux.....	169
4.2.4.2.2.3. Le temps libre	170
4.2.4.3. Le groupe d'échanges sur des situations complexes et authentiques GESCA	170
4.2.4.3.1. Le récit de la situation-problème	171
4.2.4.3.2. L'analyse	171
4.2.4.3.3. Les tâches d'apprentissages induites.....	171
4.2.4.3.4. La synthèse.....	172
4.2.4.4. Les cercles de qualité(CQ).....	172
4.2.4.4.1. Définition du cercle de qualité.....	172
4.2.4.4.2. But des cercles de qualité.....	172
4.2.4.4.3. Conditions et cadre des cercles de qualité	172
4.2.4.5. Les Formations Médicales Continues (FMC)	173
4.2.4.6. Le <i>counseling</i>	173
4.2.4.7. Les alertes téléphoniques	174
4.2.4.7.1. AAPML.....	174
4.2.4.7.2. Association MOTS.....	181
4.2.4.7.3. Les services d'entraide via les mutuelles	182
4.2.4.8. Les forums et les sites internet.....	183
4.2.4.9. L'Association pour les soins aux soignants, APSS.....	183
4.2.4.10. Les conférences internationales sur la santé des médecins	184

4.3.	À L'ÉTRANGER.....	185
4.3.1.	AU CANADA.....	186
4.3.1.1.	Le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ).....	186
4.3.1.1.1.	<i>Les missions</i>	186
4.3.1.1.2.	<i>Le public concerné</i>	187
4.3.1.1.3.	<i>Les soins</i>	187
4.3.1.2.	Le programme de suivi administratif des médecins.....	188
4.3.2.	EN ESPAGNE.....	188
4.3.2.1.	L'unité clinique.....	189
4.3.2.1.1.	<i>Le service hospitalier</i>	190
4.3.2.1.2.	<i>Le public concerné</i>	190
4.3.2.1.3.	<i>Le contact</i>	190
4.3.2.1.4.	<i>Les soins</i>	191
4.3.2.1.5.	<i>Les résultats</i>	191
4.3.2.2.	Les autres plans d'action.....	192
4.3.3.	AU JAPON.....	192
5.	ENQUÊTE AUPRÈS DES PSYCHIATRES DE LOIRE ATLANTIQUE	194
5.1.	DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE.....	195
5.1.1.	CONTEXTE DE L'ENQUÊTE.....	195
5.1.2.	OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE.....	195
5.1.3.	TYPE D'ENQUÊTE.....	196
5.2.	MÉTHODE ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE.....	196
5.2.1.	SÉLECTION DES MÉDECINS INTERROGÉS.....	196
5.2.1.1.	Recherche de la population cible.....	196
5.2.1.2.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	197
5.2.2.	MATÉRIEL ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE.....	197
5.2.2.1.	Contenu du questionnaire.....	197
5.2.2.1.1.	<i>Première partie : présentation des psychiatres</i>	197
5.2.2.1.2.	<i>Deuxième partie : relation aux médecins soignés</i>	197
5.2.2.1.3.	<i>Troisième partie : éléments de prévention</i>	198
5.2.2.2.	Déroulement de l'enquête.....	198
5.2.2.3.	Test préliminaire de l'enquête.....	199
5.2.3.	LA RETRANSCRIPTION ET L'ANALYSE DES DONNÉES.....	199
5.2.3.1.	LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	199
5.2.3.2.	LA SAISIE ET CODAGE DES DONNÉES.....	199
5.2.3.3.	L'EXPLOITATION DES DONNÉES.....	199
5.2.3.3.1.	<i>Analyse des données quantitatives</i>	200
5.2.3.3.2.	<i>Analyse des données qualitatives</i>	200
5.3.	RÉSULTATS.....	201
5.3.1.	PARTICIPATION A L'ENQUÊTE.....	201

5.3.2.	PRÉSENTATION DES PSYCHIATRES RÉPONDANTS	201
5.3.2.1.	Caractéristiques démographiques des répondants	201
5.3.2.1.1.	Sexe	201
5.3.2.1.2.	Âge	201
5.3.2.2.	Caractéristiques professionnelles des répondants	202
5.3.2.2.1.	Nombre d'années d'exercice	202
5.3.2.2.2.	Type d'exercice	202
5.3.2.2.3.	Orientation thérapeutique privilégiée	202
5.3.2.3.	Gestion de leur sante : affiliation à un médecin traitant	202
5.3.3.	ANALYSE TRANSVERSALE DE LA RELATION AUX MÉDECINS SUICIDAIRES	
	203	
5.3.3.1.	DONNÉES QUANTITATIVES	203
5.3.3.1.1.	Nombre de psychiatres ayant eu en charge des médecins suicidaires	203
5.3.3.1.2.	Nombre estimé de suivis de médecins suicidaires dans leur carrière	203
5.3.3.1.3.	Nombre moyen estimé de nouveaux cas par an	204
5.3.3.2.	DONNÉES QUALITATIVES	205
5.3.3.2.1.	Type d'exercice des médecins patients	205
5.3.3.2.2.	Mode d'adressage des médecins patients	205
5.3.3.2.3.	Contexte initial de la prise en charge	206
5.3.3.2.4.	Abord de la question suicidaire lors de la première consultation	207
5.3.3.2.5.	Spécificité dans la prise en charge d'un confrère malade	207
5.3.3.2.5.1.	Au niveau des facilitations	207
5.3.3.2.5.2.	Au niveau des complications	208
5.3.3.2.6.	Modalités de soins	211
5.3.3.2.7.	Organisation de l'hospitalisation	212
5.3.3.2.7.1.	Structure privilégiée	212
5.3.3.2.7.2.	Organisation de l'hospitalisation	213
5.3.4.	ÉLÉMENTS DE PRÉVENTION	213
5.3.4.1.	Abord du sujet du suicide du médecin pendant les études médicales	213
5.3.4.2.	Moyens spécifiques dédiés à cette problématique	214
5.3.4.2.1.	L'information et la formation sur le suicide	215
5.3.4.2.2.	La santé du médecin	215
5.3.4.2.3.	La formation sur l'identité du médecin et l'exercice médicale	215
5.3.4.2.4.	La mise en place de filières spécialisées	216
5.3.4.2.5.	La place de l'institution	216
5.3.4.2.6.	La réflexion sur la pratique	216
5.4.	DISCUSSION	216
5.4.1.	Les limites de l'enquête	216
5.4.1.1.	Biais liés à la méthodologie	216
5.4.1.1.1.	Biais de recrutement	217
5.4.1.1.2.	Biais de sélection	217
5.4.1.1.3.	Biais matériel	217
5.4.1.2.	Les modalités de l'enquête	217

5.4.1.3.	La subjectivité des réponses.....	217
5.4.1.4.	Critiques concernant les informations recueillies	218
5.4.1.4.1.	<i>Le manque de réponses</i>	218
5.4.1.4.2.	<i>Questions mal formulées</i>	219
5.4.1.4.3.	<i>Codage par fréquence</i>	219
5.4.1.5.	Interprétation des résultats	219
5.4.2.	Les points forts	220
5.4.2.1.	Taux de réponses	220
5.4.2.2.	L'intérêt pour le sujet.....	220
5.4.2.3.	Le rôle de l'enquête	220
5.4.2.4.	La richesse des réponses obtenues	220
5.4.2.5.	La sincérité des réponses	220
5.4.2.6.	Une enquête originale	221
5.5.	LE PSYCHIATRE FACE AUX MÉDECINS SUICIDAIRES	221
5.5.1.	Le psychiatre soignant.....	221
5.5.2.	La relation psychiatre – médecin suicidaire	222
5.6.	LES SOLUTIONS A PROPOSER	227
5.6.1.	Prévention primaire	227
5.6.2.	Prévention secondaire	228
6.	CONCLUSION.....	230
7.	ANNEXES	232
8.	BIBLIOGRAPHIE.....	242

LISTE DES ACRONYMES

- AAPML** : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux
- AMA** : *American Medical Association*
- AP** : Accomplissement Professionnel
- APSS** : Association Pour les Soins aux Soignants
- ARS** : Agence régionale de santé
- BMA** : *British Medical Association*
- BOS** : *Burnout Syndrome*
- CARMF** : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
- CDOM/CNOM** : Conseil Départemental/National de l'Ordre des Médecins
- CPRE** : Comité Permanent des Médecins Européens
- CQ** : Cercle Qualité
- DP** : Dépersonnalisation
- DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EBM** : Evidence -based medicine
- EGPRN** : *European General Practice Research Network*
- EFPT** : *European Federation of Psychiatric Trainees*
- EP** : Épuisement Professionnel
- FAS** : Fond d'action social
- FMC** : Formation médicale continue
- GESCA** : Groupes d'échanges sur des situations complexes et authentiques
- IMV** : Intoxication médicale volontaire
- MBI** : *Malash Burnout Inventory*
- PACA** : Provence Alpes Côte d'Azur
- PAIMM** : Programme d'aide intégral aux médecins malades
- PAMQ** : Programme d'Aide aux Médecins du Québec
- PU-PH** : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
- SEP** : Syndrome d'épuisement professionnel
- SESMAT** : Santé Et Satisfaction des Médecins Au Travail
- UMP** : Urgences Médico-Psychologiques
- URML** : Union Régionale des Médecins Libéraux
- VIP** : *Very important person*

TABLE DES ILLUSTRATIONS

LES TABLEAUX

- Tableau 1 : Résumé de publications sur le suicide des médecins depuis 1963
- Tableau 2 : Profil du médecin à haut risque suicidaire
- Tableau 3 : Étude sur le suicide des médecins dans 26 départements, Leopold 2003
- Tableau 4 : Marqueurs de dépistage et de prévention du risque suicidaire chez les médecins selon Leopold
- Tableau 5 : Risques relatifs de suicide chez les médecins en fonction du sexe
- Tableau 6 : Nombre de suicides et risques relatifs par spécialité, entre 1979-1995, en Angleterre et au Pays de Galles
- Tableau 7 : Moyens de suicide utilisés selon le sexe des médecins
- Tableau 8 : Quelques données sur l'alcool chez les médecins français
- Tableau 9 : Indicateurs comportementaux d'un problème de santé chez le médecin
- Tableau 10: Tableau des signes de fatigues à connaître
- Tableau 11 : Le perfectionnisme devient un problème lorsque
- Tableau 12 : Le syndrome de l'imposteur
- Tableau 13: Résumé de quelques études françaises sur le *burnout*
- Tableau 14 : Faits signalés à l'ONVH de 2006 à 2010
- Tableau 15: Mesures hygiéno-diététiques de prévention
- Tableau 16 : Éléments clés d'une rencontre avec un collègue en difficulté

LES FIGURES

- Figure 1 : Le processus du *burnout* d'après le modèle tri-dimensionnel
- Figure 2 : Nombre de déclaration d'incidents par an depuis 2003
- Figure 3 : Nombre d'incidents déclarés par les médecins à l'Observatoire de sécurité des médecins depuis 2003
- Figure 4: Dynamique de l'archétype « guérisseur-blessé »
- Figure 5 : Parcours du médecin-patient au sein du dispositif de l'AAPML
- Figure 6 : Les trois de réflexion et d'aide de l'AAPML**
- Figure 7 : Nombre d'appel par an au 0 826 004 580. Bilan quantitatif 2005-2009**
- Figure 8 : Identité de l'appelant au 0 826 004 580. Bilan 2005-2009**
- Figure 9 : Problèmes évoqués par les appelants au 0 826 004 580. Bilan 2005-2009.**
- Figure 10 : Retentissement sur la santé évoquée par les appelants au 0 826 004 580. Bilan 2005-2009**
- Figure 11 : Orientation des appelants du 0 826 004 580. Bilan 2005-2009**

LES ANNEXES

- Annexe 1: *WART (Work Addiction Risk Test)*
- Annexe 2: *MBI (Maslach Burnout Inventory)*
- Annexe 3: *BOM (Burnout Measure)*
- Annexe 4 : Enquête auprès des psychiatres de Loire-Atlantique

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir - au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas non plus obligé d'en crever. »

M. Winckler, La maladie de Sachs (Gallimard 2005)

1. INTRODUCTION

En mars 2003, un médecin lyonnais s'est suicidé quatrième de la série de suicidés dans la même région.

En janvier 2004, un généraliste vendéen se donnait la mort par arme à feu, menacé de poursuites judiciaires après le décès d'une vieille dame et surmené par une surcharge de travail liée notamment au départ de trois médecins non remplacés dans une région en plein accroissement démographique.

En février 2008, un médecin généraliste du Pas-de-Calais, âgé de 61 ans s'est suicidé après avoir appris qu'un de ses patients avait été victime d'une attaque cardiaque qu'il se reprochait de ne pas avoir su anticiper : le médecin débordé avait renvoyé la veille du décès ce patient vers un cardiologue.

Le 1er avril 2010, un anesthésiste de l'hôpital de Montpellier, qui avait reconnu une erreur médicale ayant conduit début janvier à la paralysie d'une enfant de quelques mois, a mis fin à ses jours. Deux mois après, le 31 mai, un drame familial frappait la ville de Pouzauges, en Vendée. Un médecin de 34 ans avait massacré sa famille et s'était ensuite suicidé. Pour expliquer le drame survenu dans cette famille sans histoire, plusieurs proches évoquent le stress ou le surmenage professionnel d'un homme décrit comme un médecin très dévoué à ses patients. Le généraliste avait montré des troubles dans les jours précédant la tuerie, avec notamment des difficultés pour parler et se concentrer. Des anxiolytiques et de la morphine avaient été trouvés dans ses poches et dans l'armoire à pharmacie. Les analyses toxicologiques montraient la présence d'une molécule à dosage thérapeutique, la sertraline, un antidépresseur. En octobre 2010, un médecin de travail strasbourgeois a mis fin à ses jours d'une injection létale à son domicile.

Début juillet 2011, un jeune interne de 28 ans s'est défenestré à la fin de sa garde.

Il n'est pas rare de découvrir dans la presse qu'un confrère s'est donné la mort. Pourtant, une grande discrétion fait taire ce constat. La question de la mort du médecin, et tout particulièrement de sa mort par suicide, reste souvent du domaine du secret en France [40, 81].

Une chose est sûre alors que les médecins ont un état de santé supérieur à la moyenne et vivent plus âgés [74, 75, 200, 223], il est maintenant admis que leur taux de suicide est plus élevé que la population générale d'âge comparable.

Notre thèse est structurée en quatre parties.

La première partie de cette thèse s'appuie sur les données de la littérature en ce qui concerne le suicide du médecin et ces comorbidités.

Nous constatons que l'intérêt pour le suicide des médecins est récent et que les études sur ce sujet sont peu publicisées. Leurs interprétations sont parfois difficiles et contradictoires mais les conclusions sont loin d'être marginales. Le médecin se suicide plus que la population générale. De là, un profil du médecin suicidaire peut-il être dressé ? La facilité d'accès aux moyens létaux est-elle susceptible d'expliquer cette surexposition au suicide ? Quelles sont les comorbidités associées et comment sont-elles vécues par le médecin et ses collègues ?

L'objet de la deuxième partie tente de discuter certaines hypothèses possibles quant à la sursuicidalité des médecins : Choisit-on médecine par hasard ? Existe-t-il une personnalité du médecin ? Pudeur, obstination, culpabilité, le médecin n'est-il pas son principal ennemi ?

La médecine est une profession enrichissante, profondément humaine mais difficile. La médecine peut-elle nuire aux médecins ? La relation médecin-malade constitutive notre humanité va-t-elle toujours de soi ? L'environnement socio-professionnel peut être le catalyseur de décompensations susceptibles de mettre en cause la sécurité du médecin et celle de leurs patients en les conduisant au syndrome d'épuisement professionnel [124]. Quelle est la part de médecin en *burnout* dans la profession ?

De même, en promulguant le culte de l'excellence, de l'endurance et de l'infailibilité, la formation médicale ne contribue-t-elle pas à un mal être ? Charge de travail, dossiers administratifs, contraintes financières, économie de la santé, nouvelles technologies, l'exercice médical exige beaucoup du médecin. Mais le patient n'exige-t-il pas lui aussi ? Comment trouver la bonne distance relationnelle entre colère et souffrance ? Et la vie privée, dans tout ça, a-t-elle sa place ?

Un exposé purement descriptif du médecin suicidant n'aurait aucun intérêt s'il ne conduisait pas à proposer d'une part des soins spécifiques et d'autre part des dispositions pratiques susceptibles de prévenir la détresse du soignant et le passage à l'acte, c'est le contenu de la

troisième partie. La prise en charge du médecin suicidant et/ou suicidaire n'est pas simple. Une première mesure doit permettre de rompre l'isolement d'un médecin en difficulté. Mais comment s'organise cette rupture ? Passe-t-elle par une hospitalisation ? Comment sont vécus les soins du côté du soigné et du soignant ? Le médecin est-il un patient comme les autres ? Qu'en est-il de la prévention ? Elle semble reposer sur plusieurs plans que nous nous proposons d'inventorier (personnel, professionnel, institutionnel et social).

Dans une dernière partie, nous présentons notre enquête effectuée auprès des psychiatres du département de Loire-Atlantique sur la prise en charge de confrères suicidaires. En effet, devant le manque de données sur la prise en charge du médecin suicidaire, nous nous sommes penchés sur la question et avons mis au point un questionnaire pour tenter de répondre à quelques réflexions. Nous décrivons les objectifs recherchés, la manière dont nous l'avons menée et précisons les résultats obtenus. Nous recensons les solutions à proposer pour améliorer la prise en charge et la prévention des médecins suicidaires.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE ET DE SES COMORBIDITÉS CHEZ LES MÉDECINS

2.1.DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES GÉNÉRALES SUR LE SUICIDE ET LES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES MÉDECINS

Il convient de souligner qu'il existe de nombreuses études étrangères (anglo-saxonnes et américaines en grande partie) mais très peu d'études françaises. D'ailleurs, il ne semble pas exister de données statistiques nationales disponibles sur les conduites suicidaires chez les médecins en France, en dehors des travaux de Leopold en 2003 [40, 122].

2.1.1. LE SUICIDE

En 1858, lorsque des chercheurs britanniques ont déterminé pour la première fois que le suicide est surreprésenté dans la profession médicale, leurs constatations ont été accueillies « avec honte, embarras et mépris ».

Puis au début du XX^{ème} siècle, la presse américaine, alertée par un câble en provenance de Londres, s'en émeut et annonce une augmentation importante des suicides parmi les médecins. Mais, les travaux réalisés alors montrent des taux de suicide chez les médecins quasi équivalents à la population générale (légèrement plus élevés), les différences n'y sont pas significatives. Il va sans dire que ces études comportaient un certain nombre de biais, notamment l'estimation de suicide [40].

À partir des années 1970, plusieurs auteurs s'intéressent à ce sujet.

Rose et Rosow [187] en 1973, dans leur étude, font état d'un doublement du risque suicidaire des médecins et des personnels de santé par rapport à la population générale californienne. Ils lancent un message d'alerte en signalant que les médecins devraient reconnaître ce problème et être plus sensibles au « *colleague's cry for help* ».

Un an plus tard, les travaux de Steppacher et Mausner [215] confirment ce taux.

Mais une analyse rétrospective de Von Brauchitsch [241], de 1976, relève un certain nombre de préoccupations méthodologiques (petite taille des échantillons, examen des suicides aboutis plutôt que des tentatives de suicide, défaut de standardisation) sur les études existantes et conclut qu'il n'existe aucune preuve convaincante quant à une supériorité des suicides chez les médecins par rapport à la population générale.

Cependant, un certain nombre d'études se succèdent dans les années 80-90 et confirment le taux de suicide plus élevé chez les médecins que dans la population générale.

Un recensement rétrospectif sur 35 ans (1949-1983) effectué en Angleterre en 1986 retrouve les mêmes résultats que Rose [187] et les confirmations tombent :

- en Allemagne (Bamayr et Freuerlin en 1987 [12]),
- en Suède (Arnetz en 1987 [10], Stefansson en 1991 [214]),
- en Finlande (Rimpela en 1987 [181], Lindeman en 1997 [128, 130]),
- en Australie (Schlicht en 1990 [202]),
- au Danemark (Juel en 1999 [111]),
- en Norvège (Aasland en 2001 [1], Hem en 2005 [99]),
- en Angleterre (Hawton en 2001 [96]),
- en France (Leopold en 2003[121]),
- et aux États-Unis (Peterson en 2008 [166]).

Elles sont résumées dans le tableau suivant (tableau 1).

Tableau 1 : Résumé de publications sur le suicide des médecins depuis 1963 [41, 197]

Auteurs et date de publication	Période de l'étude	Lieu	Nombre de suicide de médecins hommes (H) et femmes (F)	Taux de suicides (pour 100000 médecins/an)	Risque par rapport à la population générale
Linhardt (1963) [132]	1935-1959	Danemark	H : 67		H : 1,5
Craig et Pitts (1968) [47]	1965-1967	États-Unis	228 suicides : H : 211 F : 17	H : 38,3 F : 40,5	H : quasiment identiques F : 4
Dean (1969) [50]	1960-1966	Afrique du Sud	23 suicides : H : 22 F : 1	H : 48 F : 18	H : 1,2
Rose et Rosow (1973) [187]	1959-1961	Californie	49 suicides : H : 48 F : 1	H : 77 F : 18	H : 2
Steppacher et Mausner (1974) [215]	1965-1970	États-Unis	530 suicides : H : 489 F : 41	H : 31 F : 34	H : 1,2 F : 3,2
Pitts (1979) [171]	1967-1972	États-Unis	592 suicides : H : 543 F : 49	H : 38,1 F : 40,7	H : quasiment identiques F : 3,6
Rich et Pitts (1979) [180]	1967-1972	États-Unis	H : 544	H : 35,7	H : quasiment identiques
Office of population censuses and surveys (1986) [160]	1949-1953	Angleterre et Pays de Galles	H : 61		H : 2,3
	1959-1963		H : 65		H : 1,8
	1970-1972		H : 55		H : 3,4
	1979-1980 1982-1983		H : 65	H : 28	H : 1,7
	1979-1980 1982-1983		F : 14	F : 21	F : 3,1
Bamayr et Feuerlein (1986) [12]	1963-1978	Haute Bavière	94 suicides : H : 67 F : 27	H : 62 F : 68	H : 1,6 F : 3
Arnetz (1987) [10]	1961-1970	Suède	42 suicides : H : 32 F : 10	H : 60 F : 124	H : 1,2 F : 5,7
Rimpela (1987) [181]	1971-1980	Finlande	H : 17	H : 38	H : 1,3
Schlicht (1990) [202]	1950-1986	Australie	13 suicides : H : 10 F : 3	H : 79 F : 53	H : 1,1 F : 5
Stefansson et Wicks (1991) [214]	1971-1979 1981-1985	Suède	138 suicides : H : 113 F : 25	H : 79 F : 53	H : 1,9 F : 2,5
Lindeman (1997) [128, 130]	1986-1993	Finlande	61 suicides : H : 35 F : 16	H : 54 F : 35	H : 0,9 F : 2,4
Juel (1999) [111]	1973-1992	Danemark	194 suicides : H : 168 F : 26		H : 1,64 F : 1,68
Aasland (2001) [1]	1960-1989	Norvège	82 suicides : H : 73 F : 9	H : 47,7 F : 32,3	H et F risques significativement plus élevés
Hawton (2001) [96]	1979-1995	Angleterre et Pays de Galles	223 suicides : H : 168 F : 55	H : 19,2 F : 18,8	H : risque plus bas F : 2
Leopold (2003) [121]	1998-2003	France, Vaucluse	69 suicides		2,37
Hem (2005) [99]	1960-2000	Norvège	111 suicides : H : 98 F : 13	H : 43 F : 26,1	
Petersen et Burnett (2008) [166]	1984-1992	Etats-Unis	203 suicides : H : 181 F : 22	H : 27,2 F : 5,7	H : 0,8 F : 2,39 Taux standardisés selon l'âge

Ces études et bien d'autres [74,101] montrent bien un taux de suicide plus important chez les médecins que pour la population générale.

Arnetz [10], dans son étude en 1987, a montré que les médecins avaient un ratio mortalité – suicide (RMS) élevé par rapport à la population générale mais aussi par rapport aux autres universitaires (risque relatif des médecins par rapport aux autres universitaires de 1,9 pour les hommes et de 4,5 pour les femmes).

Il est rejoint par les conclusions de Rosenberg [188], Lindeman [128] (risque relatif pour les hommes médecins de 2,4 et pour les femmes médecins de 3,7 par rapport aux autres professionnels) et Aasland [1] (risque relatif pour les hommes médecins de 2,4 par rapport aux autres universitaires) qui évoquent des **taux de suicide chez les médecins plus élevés que chez d'autres professionnels et que chez d'autres universitaires.**

Carpenter [30], en 1997, étudie la mortalité des médecins hospitaliers en Grande Bretagne et conclut que :

- le taux de mortalité est moitié moindre que la population générale et que la population de classe économique supérieure ;
- il existe un excès de mortalité par traumatisme et suicide chez les femmes
- les psychiatres ont un taux de mortalité supérieur à toutes les autres spécialités, notamment en ce qui concerne les accidents cardiovasculaires (RR : 1,18), les cancers du colon (RR : 1,67) et les suicides (RR : 1,46) ;
- les chirurgiens généralistes ont un taux de suicide plus bas que les autres spécialités
- il existe une augmentation des morts par cirrhose chez les anesthésistes.

En octobre 2002, un groupe de quinze experts est réuni par l'*American Foundation for Suicide Prevention* pour réfléchir à la dépression et à la prévention du suicide chez les médecins.

Il contribue à la publication d'une conférence de consensus et définit un profil du médecin à haut risque suicidaire qui est présenté dans le tableau suivant (tableau 2) [35].

Tableau 2 : Profil du médecin à haut risque suicidaire [35]

- **Sexe** : homme ou femme
- **Âge** : 45 ou plus pour les femmes, 50 ans ou plus pour les hommes
- **Statut marital** : divorcé(e), séparé(e), célibataire, rupture sentimentale récente
- **Facteurs de risque** : dépression, abus d'alcool ou de drogues, addiction au travail
- **État de santé** : symptômes ou antécédents psychiatriques (dépression, anxiété), problèmes somatiques (douleur chronique, pathologie invalidante)
- **Profession** : changement de statut, menaces concernant le statut professionnel, menaces par rapport à la stabilité financière, pertes récentes, augmentation des demandes
- **Accès aux moyens** : accès aux médicaments, accès aux armes à feu

À noter que la première enquête en France date de 2003 et a été menée par un médecin généraliste, le Dr Yves Leopold [121], à la demande du conseil de l'ordre du Vaucluse devant le constat alarmant de 11 suicides sur 22 décès de médecins actifs (moins de 65 ans) recensés dans le département sur une période de 5 ans.

À partir des données parcellaires recueillies, Leopold répertorie sur 5 ans 69 suicides sur 492 décès, au sein d'une population totale de 42137 médecins actifs répartis sur 26 départements (tableau 3). L'incidence du suicide sur ces données incomplètes mais sur un effectif important est de 14% tandis que le taux d'incidence du suicide dans la population générale était de 5,6% pour la population d'âge comparable (35-65 ans) en 1999 (5208 suicides pour 93346 décès), soit un risque relatif de 2,37.

Tableau 3 : Étude sur le suicide des médecins dans 26 départements, Leopold 2003 [121]

Département	Nombres de décès	Suicide
Ain	16	3
Ariège	9	1
Aisne	14	0
Allier	7	4
Alpes de Haute Provence	21	0
Aude	6	1
Calvados	66	3
Charente	9	4
Côte d'Armor	12	4
Haute Corse	3	1
Gers	5	2
Ile et Vilaine	19	6
Loire	19	3
Haute Loire	7	1

Morbihan	22	2
Nièvre	3	0
Nord	32	9
Puy de Dôme	25	3
Seine Maritime	115	5
Seine et Marne	15	1
Somme	21	1
Tarn	9	1

Cette étude même si elle comporte un certain nombre de biais (surreprésentation des départements ruraux du fait d'un plus grand nombre de données exploitables et sous représentation des grands départements, Ile de France notamment, où la méconnaissance des praticiens décédés rendait impossible une identification certaine de la cause de leur mort, comparaison avec la population générale incluant le biais qu'une partie de cette population n'est pas active, contrairement à la cohorte médicale) montre bien l'importance du phénomène et confirme une surreprésentation du suicide chez les médecins aussi en France.

Si les chiffres recueillis sont trop imprécis pour pouvoir établir quelles sont les activités les plus exposées, quel est le sexe le plus menacé, quelles tranches d'âge sont atteintes, Leopold [121, 252] a pu identifier des marqueurs de dépistage et de prévention sur la série vaclusienne qui seront confirmés plus tard par des études internationales : le divorce ou la rupture affective (1fois/2), la maladie physique ou psychique (1fois/4), les difficultés financières (1fois/3), les contentieux administratifs, judiciaires ou ordinaires (1fois/3), et les conduites addictives (1fois/2) (tableau 4).

En effet, 80% des victimes avaient trois marqueurs ou plus, 90% avaient 2 marqueurs et tous en avaient au moins un. Cette liste a permis de mettre en place une procédure d'alerte, cellule d'intervention spécifique du conseil de l'Ordre des Médecins du Vaucluse, à la charge des secrétaires du conseil de l'Ordre, mais aussi de tous les conseillers, voire de tout médecin, en vertu du droit d'ingérence confraternel.

Cette cellule intervient préventivement dès l'émergence de trois marqueurs de risques.

Tableau 4 : Marqueurs de dépistage et de prévention du risque suicidaire chez les médecins selon Leopold [122]

- Alcool et conduites addictives
- Divorce
- Difficultés financières (retards de paiement de la CARMF ou de la cotisation ordinale)
- Contentieux juridiques, ordinaux, administratifs
- Maladie physique ou psychique

Stack [213], en 2004, après contrôle du statut marital (le fait d'être marié conférant un effet protecteur), obtient des taux de suicide chez les médecins 2,45 fois plus élevés que dans la population générale en âge de travailler.

Torre [223], la même année, dans une étude, souligne que bien que les médecins ont un état de santé supérieur à la moyenne, notion retrouvée dans d'autres travaux [7, 74, 75, 111, 150, 233] et qu'ils vivent plus longtemps, leur taux de suicide est plus élevé que celui de la population générale. **Torre développe le fait que le suicide serait la seule cause de décès pour laquelle le risque est plus élevé chez les médecins que pour la population générale.**

En 2008, en France, la Caisse Autonome de Retraites des Médecins de France (CARMF) et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) décident de mettre en place un **observatoire des décès des médecins libéraux**, à partir d'un questionnaire adressé aux familles de chaque médecin libéral décédé dans l'année, lesquelles doivent indiquer la cause du décès (accident, suicide, maladie) et l'âge du praticien [252]. Pour l'instant, il y a eu 195 réponses dont 16 suicides soit 8,2% des décès ce qui identifie un **risque relatif par rapport à la population générale de 1,8**. Ces recueils possèdent il va sans dire certains biais liés notamment à la difficile reconnaissance de l'existence du suicide par la famille ou les proches, à la non catégorisation homme/femme. Toutefois, comparées à d'autres pays, les données sont concordantes et confirment également la surexposition importante des femmes médecins.

Les médecins ont moins de risque de mourir par rapport à la population générale pour toutes causes de décès sauf pour le suicide.

2.1.2. LES TENTATIVES DE SUICIDE

Les médecins font moins de tentatives de suicide (TS) que la population générale [35, 73, 201, 218].

Une étude américaine (1999), effectuée par Franck et al [73], fondée sur 4501 auto-questionnaires complétés par des femmes médecins, montre que 1,5% d'entre elles avaient fait une tentative de suicide, ce qui est inférieur au taux relevé dans la population générale américaine (2,9%), et encore plus à celui concernant les seules femmes (4,2%). **Les femmes feraient moins de TS et/ou réaliseraient plus souvent un suicide abouti.**

Selon Schernhammer [200], le **rapport suicides mortels/tentatives de suicide non abouties chez le médecin est plus élevé comparé à la population générale**. Les suicides «accomplis» de médecins sont plus nombreux que leurs tentatives.

Ceci peut s'expliquer en partie par une gravité somatique plus importante des intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) chez les médecins mais aussi par une meilleure connaissance en physiologie et pharmacologie de ces derniers [19, 40, 150, 218, 241], un délai plus important entre l'intoxication et la prise en charge et une errance diagnostique plus longue. Ainsi, les médecins qui essaient de se suicider avec des médicaments arriveraient plus souvent à leur but que les non médecins de la population générale [95, 218,241].

<i>Les médecins font moins de tentatives de suicide que la population générale.</i>

2.1.3. LES IDÉES SUICIDAIRES

Pour ce qui est des idées suicidaires, les études montrent que **les médecins ont plus d'idées suicidaires que la population générale** [99, 161, 234] **ou que d'autres professionnels non médecins** [94].

Les femmes médecins seraient plus sujettes aux idéations suicidaires que leurs confrères masculins [99, 161]. Les médecins qui exercent seuls ont plus fréquemment des idées et des projets suicidaires [55].

Caplan [29], dans son étude montre que le taux de pensée suicidaire était de 14% chez les médecins généralistes, Cathebras [33] de 13%, Bovier [22] de 28%. Clark [43] met en avant que 25% des étudiants en médecine ont eu à un moment des idées suicidaires.

Une étude américaine de 2008 démontre désormais qu'on constate des taux plus élevés d'idées suicidaires et de dépression dès la première année de médecine [60]. Encore plus inquiétant, elle souligne que les symptômes de la dépression peuvent gagner en gravité, amenant les gens à développer des idées suicidaires et que 70 % de ceux qui échafaudent un plan de suicide finiront par passer à l'acte [60]. Pour chaque décès par suicide, on estime entre 8 et 25 le nombre de tentatives de suicide, ce qui signifie que chaque décès ne reflète qu'une fraction des étudiants en détresse extrême [61].

Une étude de 2005 retrouve un lien significatif entre une forte prévalence d'idées suicidaires et de longues heures de travail, une importante anxiété et un stress en lien avec le travail [94].

Pour le médecin souffrant, les idées et les plans de suicide peuvent se révéler « apaisants ou réconfortants » du point de vue de la tension psychique. Les médecins qui pensent au suicide peuvent organiser leurs affaires, amorcer des activités de renoncement et de séparation, et même paraître plus heureux qu'ils ne l'ont semblé depuis un certain temps. Les médecins sont également très conscients que leurs idées suicidaires peuvent nécessiter une évaluation d'urgence et même une évaluation et un traitement non voulus. Leurs plans restent donc souvent secrets. C'est pourquoi un suicide abouti est si inattendu pour une bonne partie de leur entourage.

Les médecins présentent plus de pensées suicidaires, moins de tentatives de suicide mais plus de suicides réussis comparés à la population générale.
Aussi, un médecin qui présente des idées suicidaires a un plus grand risque que l'issue soit fatale en cas de passage à l'acte.

2.2. CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU SUICIDE DES MÉDECINS

Certaines des études citées précédemment et d'autres ont tenté de dégager des facteurs de risque suicidaire chez les médecins. Bon nombre des facteurs de risque de suicide chez les médecins correspondent à des facteurs de risque de la population générale [150].

2.2.1. LE SEXE

Les chiffres varient largement selon les études sauf pour un fait : les femmes médecins sont particulièrement vulnérables. Il existe une **surreprésentation du suicide parmi les femmes médecins** [10, 12, 21, 47, 96, 128, 171, 214, 215].

En 2004, Schernhammer [201], dans une méta-analyse, indique que le risque de suicide chez les hommes médecins est plus multiplié par 1,41 par rapport à la population générale masculine, tandis que le risque de suicide chez les femmes médecins est multiplié par 2,27 rapport à la population générale féminine.

L'année suivante, en 2005, Hampton [95] passe en revue les études au cours des quatre décennies et conclut que les risques sont 7 à 40 fois plus élevés respectivement pour les hommes et les femmes médecins que pour la population générale toutes catégories professionnelles confondues.

Ces deux travaux montrent l'ampleur du phénomène, mais aussi la difficulté de le quantifier.

La plupart des auteurs s'accordent sur les résultats de la méta-analyse dirigée par Lindeman [129], (méta-analyse issue de plusieurs articles enregistrés principalement sur Medline) et concluent que les médecins hommes et femmes ont des taux de suicide élevés par rapport à la population générale [1, 10, 12, 35, 47, 95, 97, 99, 128, 201, 214, 215] et par rapport à d'autres professionnels non médecins [1, 10, 99, 128] ou d'autres professionnels de la santé [74], avec **des taux modérément élevés chez les hommes médecins et très élevés chez les femmes médecins par rapport à la population générale** [5, 73, 74, 166, 171, 201] (tableau 5).

Tableau 5 : Risques relatifs de suicide chez les médecins en fonction du sexe [35, 99,129]

<u>Risque relatifs estimés parmi les hommes médecins</u>	<u>Risques relatifs estimés parmi les femmes médecins</u>
Comparé à la population générale masculine 1,1-3,4	Comparé à la population générale féminine 2-5,7
Comparé aux autres hommes qualifiés 1,5-3,8	Comparé aux autres femmes qualifiées 3,7-4,5

Il semble que **les taux de suicides des médecins, hommes et femmes, s'égalisent**, alors que dans la population générale le suicide est plus fréquent chez les hommes que chez la femme [35, 96, 128, 129, 150].

Lindeman [129] retrouve un ratio mortalité suicide entre les médecins hommes et femmes de 1,2 (avec un intervalle de 95% entre 0,9 et 1,7).

- *Pour l'ensemble des études, les taux de suicide pour les hommes médecins sont soit légèrement inférieurs, soit peu différents, soit supérieurs à la population générale (tableau 1).*
- *En revanche, aucune étude n'a montré des taux de suicide plus faibles chez les femmes médecins par rapport à la population générale.*
- *Le risque plus élevé de suicide chez les femmes médecins est préoccupant notamment du fait du nombre croissant de femmes dans la profession.*

2.2.2. L'ÂGE

Les conclusions sont différentes sur ce sujet notamment selon si les travaux prennent en compte les médecins en formation ou non, et les médecins retraités [41].

Certains auteurs situeraient l'âge moyen au moment du suicide chez les médecins **autour de la cinquantaine** [12, 35, 47, 128, 180].

Des études relèvent une très forte tendance à l'**augmentation des taux de suicide avec l'âge** pour les hommes [99, 111, 166, 178, 187], augmentation plus faible pour la femme [99, 111, 166].

À l'inverse, une étude de Steppacher et Mausner [215], portant sur 530 décès par suicide en 5 ans recensés par l'*American Medical Association* (AMA), montrait un excès marqué de suicide pour les femmes médecins de moins de 40 ans : 40% des suicides des médecins femmes et moins de 20% de ceux des médecins hommes étaient survenus chez des personnes de moins de 40 ans. Ceci est à relativiser avec la date de l'étude et l'entrée plus récente des femmes dans la profession. Cependant, Hawton [96] note, lui aussi, un **taux important de suicide chez les femmes médecins de moins de 35 ans**.

Certains travaux soulignent le **taux important de décès par suicide chez les étudiants en médecine et chez les jeunes médecins**. En effet, Samkoff et al [196] ont étudié la mortalité parmi les jeunes médecins à partir des certificats de décès et ont conclu que le suicide est la principale cause de décès chez les jeunes médecins (26% des décès).

Il convient de rappeler que certains suicides surviendraient aussi à l'**âge de la retraite** [178].

Le suicide chez les médecins surviendrait dans les années professionnellement actives et productives, avec une grande proportion de suicide chez les femmes jeunes.

2.2.3. LES SPÉCIALITÉS ET LES CONDITIONS D'EXERCICE

2.2.3.1. Les spécialités

Les résultats interrogent sur certaines spécialités : la psychiatrie et l'anesthésie.

Cette question a été étudiée dès 1968 par Blachly et al [18] à partir d'une enquête sur 249 médecins. Ces derniers avaient montré que la psychiatrie pourrait être la spécialité médicale la plus à risque de suicide, notion retrouvée plus tard dans d'autres travaux [30, 96, 179].

D'autres études ne constatent pas de différence significative entre les différentes spécialités [5, 47, 158, 187] ou notent un taux de suicide plus important significativement pour les anesthésistes [3, 30, 96] et les chirurgiens [10].

Une enquête québécoise, dirigée par Legault [49], retrouve, elle, plus de suicides chez les médecins de famille que chez les spécialistes.

Pour Neil [158], le risque de suicide est plus important chez les anesthésistes que pour la population générale, mais identique à celui d'autres médecins.

Philippe Burnham [24] a écrit une thèse de sociologie sur le suicide chez les médecins aux États-Unis (1977) et relate que les praticiens les plus représentés dans la littérature médicale sont les anesthésistes, en second lieu les psychiatres, puis les chirurgiens et les généralistes.

Les deux derniers rangs sont représentés par les pédiatres [18] et les gynécologues [96].

Alexander [3] en 2000 compare les risques de mortalité des anesthésistes à ceux de médecins internistes et constate que les taux de mortalité ne sont pas différents sauf pour les décès par suicide, où les taux sont nettement plus accrus. Il tente de l'expliquer par l'accès facile aux substances psychoactives (opiacés et cocaïnes notamment), par la privation de sommeil, le besoin de vigilance soutenue, l'exposition au sang et ses conséquences. Il constate un taux élevé de suicide par substances médicamenteuses.

Pour finir, l'année suivante, **Hawton** et al [96], ont étudié les dossiers de 223 médecins du *National Health Service* morts par suicide ou cause non identifiée entre 1979 et 1995. Ils concluent à des disparités selon la spécialité avec des différences significatives : **les anesthésistes ont un risque de suicide sept fois plus élevé que les médecins exerçant une spécialité médicale qui sont pris comme référence, les psychiatres cinq fois et les généralistes trois fois et demie** (tableau 6). On reconnaît un niveau de stress élevé chez les psychiatres et l'accès particulièrement aisé des anesthésistes à des substances dangereuses [96].

Tableau 6 : Nombre de suicides et risques relatifs par spécialité, entre 1979-1995, en Angleterre et au Pays de Galles [41, 96]

Spécialités	Nombre de suicides	Risque relatif
Spécialités médicales	4	Référence
Médecine générale	84	3,6
Anesthésie	13	6,8
Psychiatrie	9	4,8
Chirurgie	6	2,1
Radiologie	3	3,2
Santé Publique	2	4,5
Médecine Légale	1	0,7
Médecine de dispensaire	7	8
Urgences	0	0
Gynéco-obstétrique	2	2,6

Leopold [121], en France, en 2003, conclut par son enquête que les médecins les plus touchés sont des femmes et elles sont psychiatres, généralistes, anesthésistes ou ophtalmologues.

Les résultats sur les risques suicidaires par spécialité sont à relativiser, en raison du faible nombre de cas par catégorie.
Deux spécialités questionnent : l'anesthésie et la psychiatrie.

2.2.3.2. Les modalités d'exercice

En ce qui concerne les conditions d'exercice, les suicides ne touchent pas que les médecins libéraux. Les suicides sont repartis équitablement entre salariés, hospitaliers, libéraux (pas de différence selon le mode d'exercice). Ni les ruraux ni les citadins ne sont épargnés. Le travail en groupe n'est pas protecteur [122].

2.2.4. LES MOYENS UTILISES

2.2.4.1. L'Intoxication Médicamenteuse Volontaire

L'ensemble de la littérature médicale s'accorde pour dire que **l'Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV) est le moyen de suicide abouti le plus utilisé** par les médecins [1, 10, 12, 35, 47, 95, 97, 98, 111, 128, 187] comparé aux non-médecins (tableau 7). Il convient de rappeler que dans la population générale le moyen le plus usité est la pendaison ou l'arme à feu selon le pays étudié.

Tableau 7 : Moyens de suicide utilisés selon le sexe des médecins, Hawton 2000 [97]

Moyens de suicides	Médecins en %		Population générale en %	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
IMV	54,8	64,5	19,5	46,8
Gaz	10	9,7	26,1	8,7
Armes à feu	5,7	0	4,9	0,9
Noyade	3,8	3,2	6,8	10,4
Phlébotomie	6,2	4,8	2,1	1,4
Pendaison	12,9	14,5	25,2	15,6
Autres	6,7	3,2	15,4	16,3

Selon Hawton [97], il existe un usage de drogues létales très largement supérieur à celui rencontré dans la population générale.

Ceci peut s'expliquer par la **facilité d'accès** à des substances dangereuses et la **meilleure connaissance pharmacologiques et physiologiques** de celles-ci : les médecins étant les mieux placés pour savoir quelles molécules sont les plus à risque par surdosage (exemple des anesthésistes qui prennent pour se suicider souvent une overdose des médicaments qu'ils ont l'habitude d'utiliser dans leur pratique professionnelle) [41, 97]. Aussi les médecins qui font une tentative de suicide par IMV ont plus de risque d'en décéder que les non médecins [95].

2.2.4.2. Les autres moyens

Après l'IMV, la pendaison serait la méthode de suicide la plus courante chez les médecins. Mais les données varient selon les pays et les cultures : il n'existe aucun consensus sur ce sujet.

L'IMV est surreprésentée.

2.2.5. LE STATUT MARITAL ET SOCIAL

Une vaste étude menée par l'*American Medical Association* (AMA) a tenté d'identifier des facteurs prédictifs de suicide chez les médecins [5]: le fait d'être marié apparaît comme un facteur protecteur, au contraire le fait d'être divorcé, veuf, célibataire, sans enfant ou d'une manière plus générale l'isolement affectif semblent être des facteurs de risque [5, 187, 242]. Le facteur isolement socio affectif est d'autant plus important à souligner qu'il semble exister une grande sensibilité au divorce chez les médecins [1, 12, 187].

Le fait d'être isolé socialement et affectivement semble être un facteur de vulnérabilité.

2.3.COMORBIDITÉS ASSOCIÉES AU SUICIDE DES MÉDECINS

Même si les médecins se trouvent plutôt satisfaits dans leur vie privée et leur travail en comparaison d'autres professions, ils ne sont pas à l'abri de souffrances personnelles, professionnelles ou mentales. Comme, pour la population générale, le suicide chez les médecins peut être associé à un certain nombre de troubles mentaux [197].

Le suicide du médecin peut être associé à des troubles mentaux ou d'addiction d'autant plus que l'ensemble de la littérature s'accorde pour dire que les médecins sont de très mauvais patients et que peu reçoivent les soins nécessaires à une bonne santé.

Selon le Programme d'Aide Intégrale aux Médecins Malades catalans (PAIMM) [258], un médecin sur dix risque de développer un épisode lié à des maladies psychiques et/ou à des conduites de dépendance durant sa vie professionnelle [124].

Le Programme d'Aide aux Médecins Québécois (PAMQ) [259] souligne l'importance des troubles mentaux et des abus de substances chez les médecins qui ont eu recours à leurs services.

Certains auteurs comme Schernhammer [200] et Hampton [95] vont jusqu'à évoquer une prévalence accrue des troubles psychiatriques par rapport à la population générale.

Les taux de morbidité psychiatrique (tout trouble confondu) semblent se situer entre 21 et 28% chez les médecins [29, 161, 176].

Parmi les troubles mentaux plus fréquents chez les médecins, il semble que les dépressions sévères sont plus susceptibles de conduire au suicide [73, 232]. **La dépression et l'abus de substance ont été identifiés comme les principaux facteurs de risque incriminés dans la sursuicidalité des médecins** [19, 35, 40, 98, 150, 201, 208] avec des prévalences de dépression et/ou d'abus de substance chez plus de 90% des médecins suicidés [25].

Une étude de l'AMA a montré qu'un tiers des médecins qui s'étaient suicidés avaient eu au moins un antécédent d'hospitalisation psychiatrique, et beaucoup avaient eu des problèmes émotionnels avant l'âge de 18 ans, voire avaient fait des tentatives de suicide [5]. Toujours dans la même étude, il a été mis en évidence que les médecins qui se sont suicidés avaient déjà évoqué l'idée de se tuer avant de se suicider.

Murray [155] écrit dans un article que le fait d'être médecin augmente le risque de devenir alcoolique, dépendant d'une substance, dépressif et suicidaire. Selon lui, les plus jeunes sont plus à risque pour les deux premiers et les médecins plus âgés pour les deux derniers.

De même, il semble qu'un grand nombre d'arrêt de travail, de déclaration d'incapacité ou d'invalidité professionnelle de médecins relèvent de troubles psychiques ou de conduites de dépendance qui pourraient recevoir un traitement efficace [124].

Il convient de rappeler que la **première cause d'invalidité chez les médecins est représentée par les troubles psychiatriques avec plus de 40 % en 2010** (suivi des maladies neurologiques et des maladies du système cardiovasculaire). Ils correspondent également à la **deuxième cause des troubles occasionnant l'octroi d'une indemnité journalière de plus de 3 mois** (après le cancer) [256].

Les arrêts de travail répétés des médecins souffrants cumulés avec l'insuffisance du nombre de médecins entraînent souvent pour leurs confrères de proximité continuant à travailler, un risque de surcharge de travail par la récupération de la clientèle de leur confrère souffrant et toutes les conséquences qui en découlent [154].

Les facteurs de risque suicidaire mis en avant chez les médecins sont : les troubles de l'humeur (troubles dépressifs majeurs, dysthymie, troubles bipolaires de l'humeur) et les addictions. Il existe un lien fort entre ces notions.

2.3.1. LES DÉPRESSIONS

Les dépressions sont des facteurs de risque de suicide en particulier les troubles dépressifs majeurs mais également les dépressions récurrentes ou celles rentrant dans le cadre de trouble bipolaire.

2.3.1.1. Épidémiologie générale

Les troubles dépressifs majeurs semblent être un phénomène fréquent chez les médecins [35, 40].

Ils sont souvent **difficilement reconnaissables par le médecin lui-même et par ses collègues** [25]. La dépression des médecins se manifeste comme la dépression de la population générale mais dans un contexte de stress et d'exigences qui complique le diagnostic. Beaucoup de médecins croient qu'ils sont dans des réactions adaptées, normales au stress. Mais, si l'irritabilité, l'insomnie, le sentiment d'être dépassé avec une baisse du

rendement du travail persistent pendant une longue période ou s'aggravent progressivement, ces réactions peuvent être l'apparition d'un trouble de l'humeur.

Le Dr Grillet subodore que, toutes disciplines confondues, « *certaines continuent de travailler en état dépressif* » [154]. Cette notion de déni des troubles est d'autant plus importante que les dépressions sévères chez les médecins seraient plus susceptibles de conduire au suicide que pour la population générale [73, 233].

Plusieurs études soutiennent le fait que les médecins sont deux fois plus déprimés que la population générale soit près d'un médecin sur trois [85, 104]. D'autres études ont montré que les médecins sont une population plus à risque de devenir dépressif et suicidaire [155, 161, 176, 187]. Au contraire, certaines parlent de prévalence de dépression similaire à la population générale en âge comparable [19, 25, 35, 73, 148, 150, 223, 243], mais les médecins consultant moins, le risque de passage suicidaire augmente [148].

Caplan [29] retrouve 27% de dépressions et 14% d'idées suicidaires chez les médecins généralistes, et respectivement 19% et 5% chez les autres consultants.

Thommasen [45] constate 29% de dépression chez des généralistes canadiens.

Jones [110], lui, observe que les troubles dépressifs représenteraient la principale raison des hospitalisations des médecins en psychiatrie.

Cependant, il va sans dire qu'il s'agit souvent de **sous-estimation**. Car malgré la disponibilité de traitements sécuritaires et efficaces, la dépression, chez les médecins et les étudiants en médecine, est fréquemment mal repérée, cachée, ces derniers n'arrivant pas à demander de l'aide: déni du médecin et des collègues [40, 219]. Les troubles dépressifs sont souvent sous-traités malgré la gravité des symptômes ou la présence d'idées suicidaires [219].

Une étude américaine rapporte que seuls 22% des étudiants en médecine chez lesquels une dépression a été diagnostiquée ont consulté les services de soin. Et seuls 42% des étudiants déprimés présentant des idées suicidaires ont reçu un traitement [88]. Il existe plusieurs obstacles majeurs qui empêchent les étudiants en médecine présentant un risque de dépression ou de suicide d'obtenir l'aide dont ils ont besoin (le manque de temps, le caractère inadéquat des séances offertes par les services universitaires, la trace dans le dossier universitaire et la stigmatisation) [219].

La dépression est souvent stigmatisée chez les médecins–malades et leurs collègues [35, 148]. Parfois pour les premiers signes d'un état dépressif, les patients et les confrères savent dans la plupart des cas faire preuve de sollicitude, mais le temps passant, le rejet du médecin malade va s'installer, et même les confrères vont s'éloigner [124]. La solitude interviendra alors et majorera toutes les pathologies d'un syndrome dépressif très évolutif. Le risque « d'enfermement » avec rupture de tout lien social est important.

Le suicide chez les médecins semble généralement le résultat d'une dépression non traitée ou insuffisamment traitée associée à la connaissance et l'accès des moyens létaux [7, 19, 219]. D'après certaines études [1, 35, 98, 171], beaucoup de médecins suicidés souffraient d'une dépression et rares étaient ceux qui avaient reçu les soins et les traitements nécessaires avant leur mort.

2.3.1.2. Épidémiologie en fonction du sexe

La prévalence de la dépression est plus importante chez les femmes médecins que chez les hommes médecins [25, 73, 75, 150, 156].

Plusieurs études montrent une haute proportion de dépression chez les médecins qui se sont suicidés [1, 25, 35, 98, 171], avec une prévalence plus élevée de dépressions parmi les femmes médecins qui se sont suicidées que les hommes médecins suicidés [128, 130].

Welner et al [243], ont comparé des femmes médecins à des femmes titulaires d'un doctorat et ont constaté plus de dépressions chez les femmes médecins (51% contre 32%). De même, ils ont confronté les taux de dépression en fonction des spécialités et ont montré des valeurs plus élevées chez les femmes psychiatres (73%) comparativement aux autres femmes médecins (46%).

Une autre étude a montré des taux de prévalence de la dépression chez les femmes médecins similaires à la population générale [73].

2.3.1.3. Épidémiologie en fonction de l'âge

Pour certains auteurs l'accès dépressif surviendrait tardivement [35], pour d'autres il arriverait plus tôt au cours de la formation médicale [7].

Des études ont montré des **taux de dépression à 23%** [104], 25% [60, 61], 27% [43], **30%** [25, 170, 236], **parmi les étudiants en médecine** avec des taux d'idéations suicidaires à 25% [236]. Pour d'autres, la prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine est identique à la population générale mais augmente avec l'avancée des études [218].

Rosal et al. (1997) ont mené une étude longitudinale sur la dépression à l'université du Massachussets [186]. Au départ, 264 étudiants en médecine ont répondu à un questionnaire évaluant, dépression, stress, colère et fréquence des contacts sociaux. Parmi eux, 99 ont complété le questionnaire à trois autres reprises (1^{ère}, 2^{ème} et 4^{ème} années). Les résultats indiquent une augmentation progressive de la dépression. À l'origine il n'y a pas de différence entre homme et femme. Mais en 2^{ème} et 4^{ème} années, les femmes ont un niveau plus élevé de dépression. Pour elles, la colère internalisée et une plus faible fréquence des contacts sociaux sont des prédicateurs supplémentaires de la dépression. Ces années marquent le début des stages dans les hôpitaux et les cliniques et plusieurs étudiants sont exposés pour la première fois de façon marquée à la maladie et à la mort. La tension émotionnelle qui découle d'une exposition quotidienne à la souffrance et à la mortalité commence à se faire sentir.

À la fin de 2009, Schwenk, et ses collaborateurs de l'Université du Michigan, ont effectué un sondage auprès des 769 étudiants de la faculté de médecine [205]. Le questionnaire portait à la fois sur les symptômes de dépression (PHQ-9), les idées suicidaires et la perception de la stigmatisation liée à la dépression. Parmi les 505 répondants, 14 % présentaient une dépression moyenne ou grave d'après leurs résultats. Deux fois plus de femmes (18 %) que d'hommes (9 %) étaient touchées. En outre, 22 sujets, soit 4 %, ont affirmé avoir eu des idées suicidaires pendant leurs études médicales. Les étudiants de 1^{ère} et 2^{ème} années ont rapporté moins fréquemment des idéations suicidaires que les étudiants de 3^{ème} et 4^{ème} années (1,4% contre 7,9%).

Epstein et al [65] ont étudié rétrospectivement les résultats de tests de personnalité (MMPI) passés à des étudiants en médecine lors de leur admission à l'université, comme il est d'usage aux États-Unis. Ils ont tenté de prédire des caractéristiques psychologiques sachant que prospectivement neuf étudiants s'étaient suicidés. Pour cela, un psychiatre a été désigné pour tenter de retrouver à l'aveugle les élèves suicidés à partir des tests. Ce dernier a été en mesure d'identifier correctement sur l'ensemble des élèves qui avaient passé ces tests: les neuf suicidés. De là, il a pu être mis en évidence des tendances autodestructrices, des sentiments de culpabilité et des traits dépressifs plus élevés chez ces étudiants en médecine.

2.3.2. LES TROUBLES DE L'HUMEUR : BIPOLAIRES ET UNIPOLAIRES

Les épisodes maniaco-dépressifs dans la maladie bipolaire vont survenir vers la trentaine voire plus tard. Pour les médecins engagés dans un exercice professionnel se posera la question de leur aptitude à exercer dans les intervalles libres de la pathologie, et surtout de la rigueur de leur suivi.

Une étude de cohorte rétrospective a été faite, en 2009, pour définir le taux de rechute chez 50 médecins ontariens actifs ayant reçu un diagnostic primaire de trouble bipolaire ou de dépression unipolaire et ayant été référés aux fins de surveillance par un organisme de réglementation ou leur employeur auprès du programme d'aide aux médecins de l'Association médicale de l'Ontario [2]. La principale mesure de résultats a été la période de temps écoulée avant la rechute ou l'arrêt de travail. Les principales conclusions sont que le taux de rechute était considérable et semblable au taux observé dans la population générale chez les personnes qui reçoivent des soins psychiatriques : 54 % des médecins ont fait une rechute au cours de la période moyenne de suivi de deux ans et 32 % des 50 médecins de la cohorte ont cessé de travailler en raison d'une rechute. Les médecins présentant des comorbidités psychiatriques étaient plus susceptibles de faire une rechute et d'arrêter de travailler. La comorbidité psychiatrique la plus fréquente était le trouble anxieux tel que défini dans la 4e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Les responsables de programmes de surveillance et ceux qui traitent les médecins atteints de troubles de l'humeur récurrents devraient accorder une attention particulière au suivi, tout particulièrement quand des comorbidités psychiatriques existent.

Lindeman [131] par des autopsies psychologiques de médecins a pu montrer que certains d'entre eux présentaient à priori de véritables troubles bipolaires mais que ces derniers n'avaient **jamais eu de traitement spécifique notamment thymorégulateur**. Il souligne que les traitements médicamenteux chez les médecins bipolaires sont assez rares.

Center a montré un lien entre l'absence de traitement des troubles de l'humeur et les taux de suicide élevés [35].

Parmi les troubles mentaux rencontrés chez les praticiens, les troubles de l'humeur sont communément notés, en particulier chez la femme. Ils sont généralement non ou mal soignés [197].

2.3.3. LA DYSTHYMIE

La dysthymie est un trouble mental, insidieux, chronique de l'humeur qui se caractérise par de longues périodes d'humeur dépressive et d'altération fonctionnelle.

Contrairement aux symptômes fonctionnels invalidants associés à des maladies comme une dépression majeure, les médecins atteints de dysthymie souffrent généralement d'un léger dysfonctionnement social et professionnel.

Par exemple, malgré des perturbations typiques dans leur fonctionnement interpersonnel général, les médecins dysthymiques travaillent assidûment et maintiennent une façade de normalité [80]. Mais éventuellement, en raison de son caractère chronique, la dysthymie finit par gêner le développement et le maintien de leurs relations personnelles avec leurs patients et leurs collègues de travail. Ainsi, en plus de compromettre des relations interpersonnelles étroites, la dysthymie peut entraîner la perte de patients.

Un médecin qui commence à perdre des patients risque de se trouver pris dans une spirale descendante entraînant des conséquences plus sérieuses.

2.3.4. LA SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie se manifeste le plus souvent en fin d'études ou au début de l'exercice professionnel [124]. Elle peut débiter par une bouffée délirante, un sentiment d'étrangeté qui fera perdre le contact avec la réalité et alertera les patients, les confrères ou la famille.

Cela peut également se signaler par un désintérêt progressif, un apragmatisme qui rend le médecin incapable d'assumer le programme de travail, devenant reclus et associable. Il devient rapidement incapable d'exercer le métier, même s'il peut, traité tôt et suffisamment longtemps, se reconverter professionnellement dans un contexte moins lourd en responsabilité.

2.3.5. LES ADDICTIONS

2.3.5.1. Addictions aux produits

2.3.5.1.1. Épidémiologie générale

La prévalence quant aux abus de substances varie largement, les conduites addictives étant fréquemment banalisées ou déniées [40].

En premier lieu des addictions, on retrouve **l'alcool et les médicaments** [35, 105, 106].

Dans l'étude AMA, plus d'un tiers des médecins qui s'étaient suicidés étaient soupçonnés d'avoir eu un problème de drogue à un moment quelconque de leur vie, contre 14% des contrôles [5].

Ross et Bressler [23, 189] évoquaient le fait que 20 à 30% des suicides des médecins sont associés à des abus de substance dont plus de 40% à une consommation d'alcool.

Simon [208] fait état dans son étude d'un taux d'incidence d'alcoolisme et d'abus de toxiques supérieur à 50% parmi les médecins admis à l'hôpital psychiatrique.

Cependant, la plupart des études s'accordent pour dire que les addictions seraient au moins aussi fréquentes chez les médecins que chez les non-médecins, avec tout de même une certaine vulnérabilité pour la toxicomanie médicamenteuse, notamment en automédication [129, 150, 212].

Pour d'autres, les médecins sont une population plus à risque pour développer un alcoolisme ou une dépendance médicamenteuse que la population générale [106, 155, 235].

La morbidité liée aux drogues et à l'alcool est plus grave chez les médecins que dans la population générale car le diagnostic est souvent tardif, le médecin croit pouvoir se contrôler s'en sortir seul, il a du mal à se confier à un confrère.

Le fait d'être médecin ne protège pas contre le fait de développer une addiction et peut parfois présenter un facteur limitant pour s'en sortir. La honte qui se rattache à la condition d'addict est souvent importante.

2.3.5.1.2. Épidémiologie en fonction des produits

Le concept et les définitions de consommation, abus et dépendance aux substances diffèrent selon les auteurs et rend compte d'une importante variabilité des données dans la littérature. Cette variabilité des définitions entrave l'analyse, l'interprétation et la comparaison des études.

2.3.5.1.2.1. *Les produits licites*

2.3.5.1.2.1.1. Les médicaments

L'intérêt pour l'étude de la consommation de médicaments et l'abus de substances chez les médecins n'est pas récent.

Ainsi, en 1892, Osler [162] relevait, en parlant de la consommation de morphine dans *The Principles and Practice of Medicine*, que cette habitude est surtout présente chez les femmes et les médecins qui se font des injections sous-cutanées pour soulager les douleurs telles que névralgies ou sciatiques.

Plus ou moins à la même période, Mattison écrivait le fait est, frappant mais triste, qu'il y a plus de cas de "*morphinisme*" parmi les professionnels de la santé que parmi toutes les autres professions mises ensemble [141].

Il est certain que l'évaluation en temps réel de cette automédication est des plus difficile.

L'auto prescription est fréquente avec la fausse idée de connaître assez bien les produits pour se soigner et ne pas tomber dans une dépendance [41, 118]. Plusieurs auteurs mentionnent une plus grande prévalence de maladies physiques sérieuses chez les médecins dépendants d'une substance. Ces maladies physiques légitimeraient initialement l'utilisation d'une substance qui serait poursuivie indépendamment de l'indication initiale. Il est possible qu'ensuite la substance procure une diminution d'un stress psychologique, créant un schéma d'autoprescription puis d'utilisation régulière [222].

L'autoprescription autorisée pour les médecins permet l'absorption de traitements parfois lourds. Les médicaments les plus souvent utilisés sont les corticoïdes, les benzodiazépines, les opiacés, les hypnotiques et les antidépresseurs [105, 124]. D'autres substances sont difficilement identifiables, et souvent l'objet de trafic, comme les amphétamines, les euphorisants ou les psychodysléptiques [124].

Ainsi, une étude sur les médecins généralistes de la région PACA (2002) montrait que les médecins consommaient significativement plus d'anxiolytiques ou d'hypnotiques que la population générale en âge comparable [261].

Aux États-Unis, une étude a montré que les médecins ont un risque 5 fois plus élevé de consommer des sédatifs et des tranquillisants mineurs sans avis médical, 4 fois plus que par rapport aux classes socio-économiques comparables. Ceux qui abusent de médicaments sont à haut risque suicidaire [236].

Cette autoprescription s'inscrit dans une facilité d'accès, un souci d'indépendance, de discrétion, de gain de temps, et dans une approche culturelle chimiothérapeutique de la gestion du stress [41, 118].

2.3.5.1.2.1.2. L'alcool

L'alcool qui était d'abord associé à la notion de fête, a connu une dérive vers l'ivresse lors de soirées hebdomadaires ou un substitut du bizutage dans des séances d'intégration avec une ivresse en quelques minutes par absorption de grandes quantités pouvant aller jusqu'au coma [124]. Mais, plus tard, l'alcool, tout comme l'automédication, aiderait à étouffer la violence émotionnelle et affective, à porter le « souci de l'autre » [85].

Dans l'étude de Dyrbye de 2005, sur les 20 % des étudiants en médecine américain qui ont admis consommer de l'alcool en quantités excessives, la plupart a invoqué l'anxiété, le stress, les pressions liées aux examens et au travail, ainsi que la tension comme principales raisons de leur consommation d'alcool [61].

Pour certains, l'addiction à l'alcool chez les médecins est fréquente avec une propension plus élevée chez les femmes médecins par rapport à la population générale [22, 201]. Pour d'autres, les médecins ont une consommation d'alcool proche de celle de la population générale [55, 87, 192].

Selon les baromètres de santé de 94/95 [8], 98/99 [9] et 2003 [86], à catégorie socioprofessionnelle équivalente, les médecins semblent moins consommer. L'enquête DREES 2008 montre que les médecins généralistes semblent avoir davantage pris en compte les risques liés à l'alcool que les professions intellectuelles et d'encadrement [55]. Frank évoque une consommation d'alcool plus faible que dans l'ensemble de la population générale canadienne [75].

Quelques données sont résumées dans le tableau ci dessous (tableau 8).

Tableau 8 : Quelques données sur l'alcool chez les médecins généralistes (MG) français

Auteurs année	Population étudiée	Taux de consommateurs réguliers (au moins 3 fois/semaine)	Taux de consommateurs occasionnels (1 à 2 fois par semaine)
Baromètre 1994/1995 [8]	1013 MG	27,5%	40,5%
Baromètre 1998/1999 [9]	2073 MG	29,9%	41,4%
Maulbecker 1999 [142].	268 MG du Bas-Rhin	16% tous les jours	47%
Roumane 2002 [191].	236 MG Bretons	28,2%	49,8%
Levasseur 2002/2003 [127]	1776 MG dont 1316 MG bretons	10% consomment régulièrement OH forts	NC
Baromètre 2003 [86]	2057 MG	30,3%	NC
Nouger 2004 [159]	255 MG Viennois	27,1% dont 17% tous les jours	35,7%

Une étude bretonne s'est intéressée à la consommation d'alcool fort. Dix pour cent des généralistes consomment quotidiennement des alcools forts contre 2,8% dans la population générale en 2000 [127].

Certaines recherches épidémiologiques s'appuient sur les données des registres de mortalité pour essayer de déterminer par exemple le taux d'alcoolisme. Entre 1960 et 1980 la mortalité due à une cirrhose hépatique chez les médecins était estimée à 3 fois celle de la population générale [155].

Tout comme dans la population générale, l'alcoolisme est souvent retrouvé parmi les comportements des personnes suicidaires. Ross estime que 40% des médecins qui se sont suicidés avaient des problèmes d'alcool [189].

Dans beaucoup d'études, les auteurs émettent la probabilité d'une sous-estimation de la consommation, ce sujet étant sensible dans l'opinion publique.

2.3.5.1.2.1.3. Le tabac

Le Ratio de Mortalité Standardisé (RMS) est nettement moins fort en ce qui concerne les maladies liées au tabac (maladie cardio-vasculaire, maladie respiratoire, cancer du poumon) par rapport à population générale [105, 222]. Il semble que les médecins aient tenu compte des conseils sur la manière d'éviter de fumer [7], les médecins fumant moins que la population générale [46, 55, 74, 75, 86, 87, 159, 192] et également moins que la population ayant fait des études supérieures [22], mais sont les derniers de la classe par rapport à leur confrère européen [192].

2.3.5.1.2.2. *Les produits illicites*

Cependant, en ce qui concerne l'accès aux produits stupéfiants, il en est tout autre : les médecins utiliseraient **moins de produits illicites** que les groupes contrôles [105]. En effet, même si les médecins sont plus susceptibles, dans leur vie, d'avoir des expériences avec des produits stupéfiants comparés à des pairs de même âge, ils sont moins susceptibles d'en faire un usage courant [105]. Mais lorsqu'il existe une addiction aux opiacés ou cocaïne notamment, celle-ci s'avère plus importante qu'en population générale.

Les médecins présentent une surconsommation de médicaments. L'autodiagnostic entretient l'automédication. Le médicament est un produit d'accès facile avec la fausse illusion de pouvoir échapper à l'assuétude. Cette pratique doit être surveillée et identifiée le plus vite possible car elle peut facilement entraîner des risques d'abus et de dépendance avec toutes ses conséquences sur leur santé et leur comportement au travail.

2.3.5.1.3. Épidémiologie en fonction de l'âge

Les pratiques addictives ont pu commencer tôt dans les études médicales et s'aggraver avec le temps dans un but jovial et festif ou constituer insidieusement un remède, consommation à ce moment-là plus tardive à visée presque « thérapeutique » pour lutter contre un mal-être interne (surmenage, fatigue, douleur somatique) qui d'ailleurs a pu débiter lors des études de médecine [41, 124]. Les médecins addicts présentent plus fréquemment dans leurs antécédents un usage à visée récréative des substances psychoactives que dans la population médicale de référence [133, 134].

L'addiction chez le jeune médecin est souvent en lien avec des difficultés d'adaptation pour en faire l'impasse et éviter de consulter psychologue ou psychothérapeute. Il utilise comme solution les médicaments en autoprescription (benzodiazépine, antidépresseur) associés à des produits dopants (alcool, drogue) et entre de plain-pied dans les pratiques addictives [124].

L'addiction peut également être utilisée comme produit « dopant » pour augmenter l'efficacité au travail. Cette forme de consommation va de pair avec le déni de dépendance et touche toutes les tranches d'âge [23].

2.3.5.1.4. Épidémiologie en fonction de la spécialité

Plusieurs études américaines se sont intéressées à la consommation de substances en fonction des spécialités.

Difficile de savoir s'il existe des différences en fonction des catégories professionnelles cependant il semblerait que les anesthésistes, les psychiatres et les urgentistes soient particulièrement touchés par l'abus de substance et la dépendance [38].

Les psychiatres consommeraient plus facilement des benzodiazépines, les anesthésistes des opiacés et les urgentistes des drogues illicites. Les pédiatres et les chirurgiens auraient une faible utilisation de substances psychoactives comparés aux autres spécialités [107].

Cas particulier des anesthésistes

L'anesthésie et la réanimation sont des métiers difficiles, faites de contraintes et de stress. Ces caractéristiques sont partagées par de nombreuses autres professions de santé. Cependant, dans le milieu anesthésique, des substances psychoactives toxicomanogènes (opiacés, protoxyde d'azote, kétamine, propofol) sont à la disposition des praticiens pour leur usage professionnel [20].

La facilité d'acquisition fait courir un risque particulier aux médecins anesthésistes, celui de l'utiliser pour eux-mêmes à des fins toxicomaniaques. Les médecins consommant des substances anesthésiques détournent à leur profit les agents normalement administrés aux patients, en témoignent des négligences répétées quant au relevé d'information, des douleurs postopératoires excessives de patients, des signes de réveils au cours de l'opération, des prescriptions aux patients d'analgésique démesurées par rapport à la douleur attendue [20].

La littérature anglo-saxonne estime que 1 à 3% des médecins anesthésistes en exercice seraient concernés par l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives avec un chiffre plus élevé chez les résidents pouvant atteindre 5% [20, 105, 133, 134].

Une des questions qui se pose est de savoir si les anesthésistes réanimateurs ont plus souvent des conduites addictives que d'autres praticiens généralistes ou spécialistes.

Certains auteurs ont avancé que la prévalence de l'abus ou dépendance aux substances psychoactives pouvait être plus grande chez les médecins anesthésistes par comparaison aux autres médecins [48, 83]. Des études plus récentes, ont au contraire, documenté une prévalence comparable parmi les anesthésistes, les chirurgiens et les généralistes [107, 134].

Une enquête, française, nationale conduite en 2001 tentait de préciser l'état de la consommation de substances psychoactives parmi les anesthésistes – réanimateurs français inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins [15, 38]. L'enquête portait sur la consommation de tabac, d'alcool, de médicaments et cannabis.

Les résultats étaient les suivants : 22,7 % des répondeurs étaient des fumeurs quotidiens, 10,9 % étaient abuseurs ou dépendants à au moins une substance autre que le tabac : soit l'alcool (59,0 %), les tranquillisants et les hypnotiques (41,0 %), le cannabis (6,3 %), les opiacés (5,5 %), et les stimulants (1,9 %). Dans cette enquête, la prévalence globale d'abus et de dépendance à une substance autre que le tabac représente 10,9%. Une enquête en 1999 avait retrouvé une prévalence d'abus et dépendance de 7,8% parmi les médecins anesthésistes nord-américains [107]. Dans une autre enquête au Wisconsin, la prévalence était de 15,9% [134].

La consommation de substances psychoactives des anesthésistes semble similaire à celle des autres spécialités [107, 134] et l'importance du phénomène en France semble comparable à celle qui existe à l'étranger [15].

Il est noté que cette enquête contient des limites : sous-déclaration, sous-représentation des seniors anesthésistes qui probablement sous-estiment la consommation d'alcool et surestiment la consommation de tabac, absence de médecin en formation, qui sous-évalue la consommation en cannabis et en opiacés sachant que la population des internes anesthésistes est plus concernée par ces problèmes [38].

De plus, il paraît difficile de dégager des facteurs de risque évidents pour l'addiction en milieu anesthésique. Le fait que la prévalence soit plus élevée chez les étudiants soulève la question d'un possible choix de la spécialité d'anesthésie, déterminée par l'accès facile aux substances psychoactives [134]. Cette hypothèse est peu crédible, et ne semble se vérifier que pour quelques cas isolés [20]. Il est à l'inverse possible que les conditions de travail favorisent l'évolution vers la toxicomanie de certains internes [20]. Les anesthésistes abuseurs et dépendants avaient plus souvent une perception négative de leurs conditions de travail, avec une sensation de surcharge de travail et de stress. Ils souffraient plus souvent de perturbations du sommeil mais il est impossible de dire si c'est une cause ou une conséquence de l'addiction [15, 38].

L'usage des substances psychoactives ne semble pas surreprésenté chez les médecins anesthésistes comparés aux autres spécialités, même si le choix des substances concernées est éventuellement différent [15, 20, 105, 106, 134]. Elle est toutefois concernée au premier chef en raison de la disponibilité pour les anesthésistes de substances psychoactives puissantes dont la consommation représente un danger immédiat (risque de surdosage ou d'erreur d'administration comme une injection de curare par inadvertance ou une erreur de posologie). Un travail a d'ailleurs mis en évidence une surmortalité par suicide des médecins anesthésistes par rapport aux internistes [3, 20].

2.3.5.2. Addiction au travail

Chez les médecins, on note souvent une impossibilité de dire non à la demande sans fin des patients, laquelle peut entraîner une surcharge de consultations, des erreurs de traitement et de diagnostic. Ceci peut être le signe d'une addiction au travail [59, 103, 238].

2.3.5.2.1. L'origine

Le terme de *workaholism* existe depuis les années 1970 [59]. Mais déjà au début du XXe siècle, la « névrose du dimanche » était décrite par un élève de Freud, Ferenczi. Celui-ci avait remarqué que des personnes atteintes de ces troubles souffraient toujours pendant leurs vacances ou leurs congés d'états psychiques plus ou moins pénibles. Cette névrose s'apparentait à un certain ennui, rempli d'une certaine tension, en elle-même très fatigante telle qu'elle empêchait la personne soit de pouvoir se distraire, soit d'être actif.

2.3.5.2.2. Les synonymes

Plusieurs termes sont usités pour décrire ce trouble : *workaholism*, ergomanie (du grec « ergon » travail et du terme « manie » obsession), dépendance au travail [59, 103].

2.3.5.2.3. La définition

L'addiction au travail peut être définie comme une relation pathologique d'un sujet à son travail, caractérisée par une compulsion à lui consacrer de plus en plus de temps, de pensées, d'aspirations et d'énergie et ce, en dépit des conséquences négatives sur sa santé et sur sa vie personnelle affective et familiale [59, 103, 238].

Les « drogués du travail » ont peur de l'inactivité, qui les met face à leurs pensées, à leurs angoisses existentielles, à un sentiment de vide et d'inutilité. Ils subissent de fortes tensions internes et le travail, comme les substances psychoactives pour d'autres, peut les soulager alors temporairement. Le travail est une façon de se remplir et de ne pas voir son malaise intérieur. C'est une fuite et une tentative d'obtenir d'eux-mêmes une image positive et gratifiante, à leurs propres yeux comme à ceux de tout un chacun (chef, collègues, patients), de plus elle est « payante » monétairement.

Les « drogués du travail » s'imposent des objectifs impossibles à atteindre, de perfection et d'exemplarité. Ce sont des personnes en recherche de défis permanents : un travail hyper-sollicitant leur procure dans un premier temps plaisir et satisfaction, mais à terme les rend dépendants [59].

La pression sociale en fait une addiction en plein essor. Alors que la plupart des dépendances renvoient une image négative, la dépendance au travail fait exception à la règle. Encore aujourd'hui, les *workaholics* sont souvent perçus comme étant responsables, matures et vertueux [59].

Généralement, il faut un événement important pour que le travailleur compulsif prenne conscience de son état : un accident cardiaque, un divorce, une maladie. Il est donc important d'être vigilant en présence d'un confrère qui accepte tous les remplacements de garde ou qui travaille sept jours sur sept, qui apporte de plus en plus des dossiers à la maison. Car une fois, l'addiction installée, la relation travail – famille est touchée de plein fouet...

2.3.5.2.4. Les diagnostics différentiels

Tout le monde connaît des moments d'hyperactivité professionnelle, pendant lesquels on délaisse le reste de sa vie au profit du travail. Ce qui distingue les travailleurs « surmenés », « acharnés » des dépendants « workaholique », c'est qu'il s'agit pour eux de répondre à un besoin, but défini et limité dans le temps. Dès que c'est terminé, ils reprennent avec plaisir les activités de la vie privée et sociale, ce dont les travailleurs dépendants sont incapables [59].

2.3.5.2.5. Les critères spécifiques

Parmi les critères spécifiques du travail pathologique on peut citer: l'hyperactivité, l'esprit de compétition et de défi, la forte personnalité, le désir illimité de satisfaction professionnelle, le culte du travail et de son lieu de travail, la relation difficile avec les loisirs, la détente difficile pendant les vacances et les week-ends (ramener du travail sur le lieu même des vacances), la négligence de la vie familiale, l'existence de manifestations de stress au travail.

Le travailleur pathologique est incapable de se détendre et de se relaxer, il semble contraint à travailler comme si une pression interne le rendait coupable et entraînait chez lui une très forte angoisse quand il ne travaille pas [103].

2.3.5.2.6. Les échelles

Le test le plus usité pour dépister l'addiction au travail est le *Work Addiction Risk Test* (WART) élaboré par Robinson en 1989 [103] (Annexe 1).

2.3.5.2.7. Les étapes

Les spécialistes décrivent trois étapes caractéristiques de ce trouble [103]:

- Au premier stade, le travailleur est débordant d'énergie et ses capacités sont augmentées, il fait souvent un nombre impressionnant d'heures supplémentaires, les repas sont écourtés, le sommeil est réduit.

- Au deuxième stade, apparaissent des difficultés dans la vie familiale et sociale. Le « *workaholism* » ne touche pas seulement la personne qui en souffre mais également l'organisation professionnelle et familiale. Les conjoints et les enfants se sentent seuls, isolés et mal aimés. Les collègues sentent une rivalité, situation parfois ingérable aboutissant à un conflit.

- Le dernier stade se caractérise par une forte diminution des capacités de travail, l'apparition de troubles psychosomatiques (trouble du sommeil, lombalgie, hypertension artérielle, syndrome de fatigue chronique, céphalées persistantes, problèmes cardiovasculaires, ulcères gastroduodénaux) ou de complications majeures liées au stress (autres addictions, troubles anxio-dépressifs et *burnout* qui correspond à une fatigue et un épuisement physique et psychique extrême)

2.3.5.2.8. Les causes

Cet engagement excessif au travail manifesté par une négligence des autres aspects importants de sa vie peut avoir plusieurs causes [103] :

- une fuite des problèmes personnels ;
- un besoin profond de contrôler sa vie ;
- une nature excessivement compétitive, associée à un désir intense de réussite et de valorisation de soi ;
- une image de soi endommagée et une estime de soi limitée ;
- un modèle parental ou conjugal.

2.3.5.2.9. Les conséquences

Ces confrères là sont probablement les plus mal soignés, car ils sont reconnus dévoués, à la disposition du patient dans un souci constant de réparation de l'autre, ce qui leur évite, bien évidemment, de s'attarder sur leur propre santé.

L'addiction au travail qui est sans doute sous évaluée touche particulièrement les médecins hommes [103]. Les femmes médecins sont moins sujettes au « workaholism » compte tenu de leurs charges de famille qui les ramènent à des réalités concrètes.

2.3.6. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Chez le collègue en difficulté, l'indice par excellence que quelque chose ne va pas est le changement de comportement, le plus souvent observé d'abord par la famille [136].

L'individu n'est pas nécessairement malade, mais peut traverser des épreuves personnelles qui modifient sa façon d'être. De plus, ce changement n'est généralement que la pointe de l'iceberg. Lorsqu'il devient visible au travail, c'est que le processus évolue depuis plusieurs mois, voire des années [136].

Qu'un médecin traverse une période difficile ou qu'il soit malade, les comportements observés sont toujours les mêmes et peuvent être résumés dans le tableau qui suit (tableau 9).

Tableau 9 : Indicateurs comportementaux d'un problème de santé chez le médecin

<u>Personnel</u>	<u>Professionnel</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Détérioration de l'hygiène personnelle • Détérioration des vêtements et des habitudes vestimentaires ou vêtements inadaptés • Plaintes somatiques multiples (douleur, sommeil) • Fatigues excessive ou insomnie • Crise émotionnelle • Problèmes de mémoire et de concentration • Accidents • Autoprescription, addiction • Fréquente visite aux médecins • Arrêt de travail • Abandon de la médecine • Tentative de suicide 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement hostile, irritable, cynique ou suspect pour le personnel ou les patients • Plaintes des personnels et des patients avec notion possible d'harcèlement ou de violence • Sensibilité déraisonnable à la critique normale de ses pairs • Retiré « syndrome de la porte verrouillée » • Procrastination ou négligence de détails avec dégradation dans la tenue des dossiers • Erreurs de jugement • Rythme de travail sporadique ou hyper-investissement • Demande de diminution de tâches • Organisation déficiente avec dossier non remplis, retard à remplir les formulaires • Absence inexplicite, manque de ponctualité • Devenir un sujet de « ragots » • Consommation de toxique (alcool) sur lieu de travail • Approvisionnement excessif de médicament et excessivité pratique de prescription • Diminution participation aux activités et aux comités
<p style="text-align: center;"><u>Familial</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séparation géographique, divorce, affaires extraconjugales • Problèmes sexuels dont l'impuissance • Isolement et retrait des activités familiales • Enfant négligés, maltraités, ou en difficulté • Problèmes financiers • Usage de drogues dans la famille 	<p style="text-align: center;"><u>Législatif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuite pour faute professionnelle • Examen de son travail par des pairs • Arrestation pour conduite en état d'ébriété ou autres problèmes juridiques (violences)

2.3.7. LES TROUBLES DU SOMMEIL

Pour la plupart des médecins, la fatigue est une réalité trop familière : travailler de longues heures, le soir, les fins de semaine, même la nuit, est habituel [185]. Ces exigences restreignent le temps consacré à leurs proches et à leurs loisirs et empiètent aussi sur les trop précieuses heures de repos.

La fatigue liée au manque de sommeil est un risque formellement reconnu dans les industries aéronautique et nucléaire ainsi que dans tous les secteurs liés au transport. Dans le domaine de la santé, le sujet attire peu l'attention et cette réalité semble trop souvent ignorée des médecins eux-mêmes [185]. Avec des semaines de travail de 50 ou 60 heures, sans compter les gardes, le problème demeure entier, d'autant plus en ces temps de pénurie de ressources. Les experts en médecine du sommeil affirment que les adultes ont besoin de six à dix heures de sommeil par 24 heures, soit un peu plus de huit heures par nuit en moyenne. Ils s'entendent pour dire que, malgré les différences individuelles, dormir moins de cinq heures est insuffisant.

Le manque de sommeil détériore progressivement l'humeur, ce qui se manifeste souvent par de l'irritabilité ainsi que par une baisse d'initiative et de motivation. Il peut devenir plus difficile de maîtriser ses émotions, ce qui peut donner lieu à des sautes d'humeur ou à des conflits avec les proches, les collègues ou même les patients. Sur le plan cognitif, on notera d'abord une augmentation des erreurs par omission: les trous de mémoire, les «petits oublis», les erreurs de transcription et les autres erreurs d'inattention souvent rattrapés.

Cependant, plus la fatigue perdure, plus le raisonnement et le jugement risquent d'être touchés, ce qui peut mener à des erreurs plus importantes.

Les effets d'une privation de sommeil de 24 heures sur les performances psychomotrices des médecins étudiés sont équivalents aux effets d'une intoxication aiguë d'alcool correspondant au taux légal de 0,8 g/L d'alcoolémie [239].

Quels que soient le sexe et l'âge, la proportion de médecins se déclarant régulièrement fatigués est presque deux fois plus élevée que celle des cadres et professions intellectuelles supérieures [55].

Dans l'enquête URML Bretagne de 2003 [14, 127], 16% des répondants déclarent ne jamais ou rarement bien dormir. Dans l'étude URML Haute Normandie de 2008, près de 6 femmes

sur 10 ont une dette chronique de sommeil et elles sont plus sujettes à la fatigue que les hommes (68% vs 53%) [143]. La même année, l'ORS des Pays de la Loire souligne que 43% des médecins interrogés, dans le cadre de l'enquête DREES, font état de trouble du sommeil, taux plus important comparativement à la population générale et aux cadres supérieurs [55].

La plus grande fréquence des troubles répétés du sommeil exprimés par les praticiens peut être rapprochée de leur usage plus important des anxiolytiques ou des hypnotiques.

Tableau 10: Tableau des signes de fatigues à connaître [185].

- Irritabilité
- Baisse d'empathie
- Somnolence en fin d'après-midi
- Endormissement dès que la tête touche l'oreiller*
- Somnolence pendant les conférences, au cinéma...
- Trous de mémoire, erreurs d'inattention
- Besoin de vérifier son travail
- Difficulté de concentration, ralentissement cognitif
- Distraction au volant
- Mauvaise coordination
- Le temps de latence précédant l'endormissement est normalement de dix à vingt minutes. S'il est inférieur à cinq minutes, il peut être associé à certaines maladies du sommeil ou... à un déficit de sommeil

3. DISCUSSION DES HYPOTHÈSES DU SUICIDE DES MÉDECINS

Plusieurs hypothèses tentent d'expliquer les taux de suicide élevés chez les médecins : le choix de la profession, la personnalité des médecins, le médecin mauvais malade, le *burnout*, la formation et l'exercice médical.

Il nous est apparu utile de décrire cet environnement et ses moments de paradoxe, voire de conflits, qui s'introduisent, au fil de la formation médicale puis de son exercice, car, s'ils peuvent n'être qu'une péripétie avec aménagements souples pour certains, ils vont, pour des personnalités fragiles, être l'occasion de décompensations [124].

3.1.LE MÉDECIN

3.1.1. LE CHOIX DE LA MÉDECINE

On choisit la médecine pour différentes raisons [109].

L'intérêt pour les sciences, le désir d'aider les autres, la confrontation passée à la maladie (personnel, familial, voisinage), l'influence d'un membre de la famille ou la volonté de résoudre ses propres questionnements psychiques ou physiques par rapport à la santé en sont souvent les principales. Dans d'autres cas, c'est plutôt le statut social, le prestige ou le besoin de s'accomplir dans la vie qui motive le choix. Quel que soit le motif initial, il est certain qu'une habileté intellectuelle est nécessaire pour entrer en médecine. À cela s'ajoute une motivation importante qui permet d'accomplir les études médicales et, par la suite, de travailler pendant les nombreuses heures demandées [109].

Les influences du développement et la trajectoire de vie sur le choix et le parcours professionnels sont illustrés dans une étude d'Eliott et Guy [63]. Ils ont comparé des professionnels de santé à d'autres professions. Ils ont noté chez les professionnels de santé plus souvent une anamnèse de maltraitance, d'abus sexuels, d'alcoolisme, d'hospitalisation psychiatrique d'un parent, d'un deuil significatif et de dysfonctionnements dans les familles. Ils en concluent que les enfants « parentifiés » intériorisaient un rôle de soignant et qu'ils nourrissaient ensuite grâce à leurs professions les besoins de proximité et d'intimité qui n'avaient pas été comblés durant leur enfance [63, 216].

Dans une autre étude comparant médecins et étudiants en droit, Paris et Franck [163] constatèrent, après exclusion de ceux qui avaient choisi la même profession que leurs parents, que les « candidats » médecins avaient plus faits l'expérience de la maladie dans leurs familles. Les auteurs posent comme conclusion que la tentative impossible de réparation des traumatismes de l'enfance se fait à l'âge adulte en offrant aux autres ce que l'on aurait voulu donner ou recevoir comme enfant.

Il est important que les soignants soient attentifs aux conflits non résolus en lien avec leurs trajectoires lesquels peuvent les emprisonner dans une « mission impossible » qui va les épuiser. Reconnus, ces conflits peuvent être travaillés et intégrés de manière qu'ils n'interfèrent plus avec la mission des soins [216].

3.1.2. LA PERSONNALITÉ DES MÉDECINS

La personnalité des médecins est longtemps restée une « *boite noire* », « *une terre inconnue* », et le médecin, un « *inconnu de la psychologie médicale* » [40, 203].

Les médecins sont bien sûr tous différents.

Cependant, certaines caractéristiques, traits de la personnalité, se retrouvent plus fréquemment chez eux que dans la population générale, ou que dans d'autres professions [40, 109]. Il convient de souligner que ces traits ne concernent que la sphère professionnelle et correspondent à des variations de la normale et non à des symptômes pathologiques [40].

Selon les chercheurs canadiens en psychologie Hewitt et Flett [70, 109], la personnalité est à l'origine de plusieurs problèmes de santé découlant du stress.

Certains auteurs se sont donc penchés sur le profil psychopathologique des médecins [203], et ont tenté de définir une personnalité « **spécifique** » du médecin susceptible de présenter des troubles psychiques [40].

On note :

3.1.2.1. Un perfectionnisme

Le perfectionnisme, qui existe aussi dans plusieurs professions, est un trait de personnalité très répandu chez les médecins [41, 109, 118, 197].

3.1.2.1.1. D'où vient ce perfectionnisme ?

Depuis plusieurs années, l'origine de la personnalité fait l'objet de diverses controverses. De nombreuses recherches scientifiques tendent à démontrer que beaucoup de traits de personnalité sont en fait hérités de nos ancêtres. Nous venons au monde avec un tempérament et certaines personnes seraient davantage prédisposées que d'autres au perfectionnisme. Par la suite, la personnalité de l'enfant est lentement façonnée par son interaction avec ses parents et les autres personnes importantes de sa vie [109, 177].

3.1.2.1.1.1. *L'influence des parents*

Beaucoup de perfectionnistes ont été élevés par des parents qui avaient des exigences élevées et qui, directement ou non, leur faisaient comprendre qu'ils n'étaient pas à la hauteur [109]. Ces parents peuvent transmettre, de manière directe ou de manière subtile, leur façon de voir et leur comportement. Leurs enfants grandissent alors souvent dans la crainte de ne pouvoir répondre à leurs attentes et de les décevoir.

Enfants, certains médecins disaient recevoir des messages ambigus qui mêlaient les éloges et les critiques, comme « C'est bien, mais je suis sûr que tu peux faire mieux (autrement dit, tu n'es pas à la hauteur) » [109]. Le travail clinique avec des médecins perfectionnistes révèle souvent qu'ils avaient la conviction durant l'enfance de n'avoir pas suffisamment de valeur ou de n'être pas assez aimés ou que leurs parents ne les aimeront qu'à la condition qu'ils ou elles atteignent leurs critères de réussite [109].

Ainsi, la poursuite de la perfection serait une façon de réagir à une faible estime de soi.

3.1.2.1.1.2. *L'influence de l'environnement*

Le perfectionnisme, qui nous pousse vers l'excellence, est très encouragé et valorisé par la société, particulièrement en médecine, ce qui contribue à l'ancrer plus profondément [109]. Le médecin, dans son rôle de soignant, a l'impression que le milieu exige de lui la perfection ce qui lui met beaucoup de pression. Le médecin doit faire plus, plus vite, avec moins de ressources. Les collègues savent qu'il peut effectuer plus de tâches et que le travail sera bien fait et que les patients seront satisfaits.

3.1.2.1.2. Les formes

Le perfectionnisme se présente sous différentes formes [109, 177].

Il y a le perfectionnisme orienté vers soi, qui consiste à se demander à soi-même la perfection. Il y a celui qui est orienté vers les autres et qui consiste à demander la perfection aux gens qui nous entourent. Chaque type de perfectionnisme présente ses avantages et ses inconvénients. Une combinaison de ces deux formes est souvent présente chez une même personne.

Dans le perfectionnisme orienté vers soi, la personne se remet souvent en question, doute d'elle-même. Le manque de confiance l'incite à la prudence et l'empêche parfois d'exprimer une idée par peur qu'elle ne soit rejetée ou critiquée. Ce comportement favorise l'isolement. Les critères trop élevés et le souci du détail font que le travail effectué n'est jamais assez bien jusqu'à en oublier les délais fixés. Une certaine procrastination peut même s'installer, la tâche étant perçue comme une montagne infranchissable.

Dans le perfectionnisme orienté vers les autres, la personne est plus déçue du comportement des gens qui l'entoure que du sien, ce qui l'exaspère. Ses collègues de travail ou les membres de sa famille n'étant pas à la hauteur, elle vérifie la qualité de leur travail ou de leur action ce qui souvent complique les relations avec eux. Elle estime ses collègues incapables de réaliser correctement la tâche. Elle délègue très peu car elle croit que réaliser le travail soi-même est plus efficace.

En situation de stress, le perfectionnisme orienté vers soi est plus sujet à la dépression ou à l'anxiété que le perfectionniste orienté vers les autres.

3.1.2.1.3. Les caractéristiques

Le médecin perfectionniste a besoin d'être ou de paraître parfait, traduisant le désir d'être apprécié à la hauteur de ses compétences et de son dévouement. Il est travailleur, persévérant, minutieux et organisé. Son approche clinique est approfondie.

Le médecin perfectionniste souffre d'une conscience professionnelle poussée [85]. Il entretient des normes parfois irréalistes : il y a une différence entre vouloir exceller et vouloir être parfait. Cette quête de la perfection n'est pas toujours aussi souhaitable qu'on le croit [109]. Préoccupé par le travail, les médecins sont incapables de s'accorder un temps pour eux ou de refuser de rendre service à leurs patients. Le médecin a ainsi tendance à remettre à plus tard les plaisirs et les vacances. Il existe un sentiment d'obligation d'être disponible chaque fois que nécessaire qui rend difficile de fixer des limites sans grande culpabilité, sans un sentiment de manque d'engagement professionnel ou de négligence envers les patients [109, 150]. Ainsi, la quête de la perfection peut se révéler douloureuse, car elle est souvent engendrée à la fois par le désir de bien faire et par la peur des conséquences d'une erreur.

Le médecin perfectionniste a tendance à se juger et à juger son entourage en cas d'échec. Il présente une attitude sans pitié en cas d'erreurs même inévitables [150].

Cette caractéristique est l'un des traits de personnalité qui rend l'individu très vulnérable et le moins apte à composer avec le stress. Les médecins perfectionnistes vivent constamment en état de stress : peur de commettre des erreurs, stress engendré par le désir de réussite, embarras provoqué par le manque de confiance en soi et le doute. Ce stress permanent les rend sujets à des problèmes relationnels, physiques et émotionnels dont les conflits familiaux, les addictions (trouble du comportement alimentaire en particulier), la dépression et le suicide [70, 109]. Les médecins perfectionnistes sont d'autant plus portés à la dépression qu'ils doivent affronter des événements stressants qui leur donnent l'impression de ne pas être à la hauteur.

Le tableau qui suit résume quand est-ce que le perfectionnisme devient un problème (tableau 11).

Tableau 11 : Le perfectionnisme devient un problème lorsque [109].

- il vous empêche de réussir ;
- il vous empêche d'être heureux ;
- vous manquez constamment de temps ;
- vous vous embourbez dans des détails qui ralentissent votre travail ;
- vous êtes incapable d'établir des priorités ;
- vous vivez dans la crainte de commettre des erreurs ou de subir des humiliations ;
- il provoque des dégâts émotionnels ;
- il provoque des tensions dans vos relations interpersonnelles.

3.1.2.2. Un doute chronique

Certains médecins respectés de leurs collègues et de leurs patients doutent encore de leurs compétences [109, 118, 197].

Ils doutent en début de carrière, et avec le temps, ils ont peur de ne plus être dans le coup.

Le doute n'est pas nécessairement mauvais [109]. Il nous permet de corriger un diagnostic qui peut être erroné ou de réajuster un traitement qui s'avère inefficace. Il nous permet d'être méticuleux, d'éviter l'impulsivité et la prise trop rapide de mauvaises décisions.

Mais le doute conduit aussi à une difficulté à prendre ces décisions en raison des craintes de faire des erreurs, il amène une pratique médicale défensive. Les médecins habités par le doute chronique souffrent d'une anxiété chronique et d'une inquiétude permanente. Ils accomplissent généralement beaucoup de travail, mais n'en continuent pas moins à entretenir l'impression qu'ils auraient pu faire mieux, qu'ils devraient à l'avenir travailler davantage, obtenir de meilleurs résultats. Ce qui a long terme pour effet de les rendre inefficaces [52].

Certains médecins souffrent du syndrome de l'imposteur, syndrome développé dans le tableau suivant (tableau 12).

Tableau 12 : le syndrome de l'imposteur [109].

Vous avez plutôt bien réussi. On vante vos talents et vos compétences. Vos collègues et vos patients sont satisfaits de votre travail.

Malgré tout, vous avez constamment l'impression de tromper les autres. Ils vont bien finir par se rendre compte que vous ne connaissez rien, que vous n'êtes pas aussi compétent que vous en avez l'air.

Ce phénomène est assez courant.

Le doute chronique n'est pas seulement en rapport avec ce que l'on fait, mais l'est aussi avec qui l'on est. La personne souffrant du syndrome de l'imposteur a du mal à s'attribuer les mérites de sa réussite. Elle pense avoir réussi par chance, et non en raison de son intelligence ou de son talent. Elle croit que tôt ou tard, elle sera démasquée.

3.1.2.3. Une triade compulsive

Une triade compulsive est fréquemment retrouvée chez les médecins [109, 118, 157]. Elle associe doute chronique, sentiment de culpabilité et sens exagéré des responsabilités.

Le doute chronique a été développé dans le paragraphe ci-dessus.

Le sentiment de culpabilité se trouve chez le médecin qui se croit responsable de n'importe quelle complication ou non-observance d'un traitement. Si un patient n'a pas fait ce qui lui était recommandé, c'est qu'il ne lui a pas donné des instructions assez claires ou qu'il n'a pas insisté. Le médecin se sent d'autant plus coupable qu'il se sent impuissant à changer la situation. Autocritique poussée, nervosité et culpabilité émergent souvent chez ces personnes car elles ont souvent une opinion négative d'elles-mêmes et donc travaillent avec opiniâtreté à leurs propres yeux, sans tenir compte du travail déjà accompli et se vident de leur énergie sans se préoccuper d'en recevoir [52]. Ce sentiment est omniprésent et gâche sa vie tous les jours.

Le sens exagéré des responsabilités est lié à la fois au doute chronique et au sentiment de culpabilité [109, 203]. Certains médecins souffrent d'un professionnalisme pathologique. Ils sont tellement consciencieux qu'ils s'en font parfois plus pour leurs patients que les patients

eux-mêmes. Il convient de rappeler qu'une part de la médecine est palliative et que plusieurs complications ne peuvent être évitées.

L'impuissance face à certaines situations se traduit par de la frustration et un fort sentiment de culpabilité relié au sentiment de ne pas avoir tout fait pour aider. Les médecins se sentent piégés. Le but devenu inatteignable est abandonné, le médecin alors nie, écrase ses aspirations initiales à l'origine d'une perte de sens de la fonction soignante (alternance douloureuse toute puissance/impuissance). Cette négation prive de sens le soignant. La perte de sens est intimement liée à l'émergence de souffrance, celle-ci non reconnue et accompagnée, peut dégénérer en des troubles pouvant conduire au suicide [49].

3.1.2.4. Un esprit de compétition

La vision que les médecins ont de l'activité de leurs confrères est fréquemment déformée [124]. Cette vision déformée entraînera une concurrence qui parfois peut atteindre des intensités malsaines, entraînant des jalousies inexplicables, entraînant un mal vivre extrêmement grave d'un nombre de confrères non négligeable, majorant le stress déjà très important au niveau de l'exercice et provoquant une perte complète de la notion de solidarité entre les confrères de générations en générations.

Perfectionnisme et compétitivité semblent être cités comme les principales raisons de détresse en cas d'erreurs [35, 40].

3.1.2.5. Un fantasme d'invulnérabilité

Un fantasme d'invulnérabilité avec un **besoin de contrôle et de maîtrise** est souvent retrouvé chez le médecin [118]. Associé à un désir plus ou moins refoulé de toute-puissance, il est à l'origine du déni, de l'indifférence, du mépris de la fatigue et de la maladie, ainsi que de l'abnégation conduisant souvent les médecins à se dépasser [40, 85, 208].

3.1.2.6. Une mentalité de sauveur

La mentalité de sauveur cache parfois un besoin de réassurance. Dans ce cas, le plaisir de vivre dépend dans une trop grande mesure du bien être, du plaisir, de la satisfaction qu'ils apportent aux détriment de leur capacité à être et de leur identité propre [52].

Delbrouck parle de compulsion de répétition à vouloir sauver le monde au risque de s'y perdre et sombrer dans un effroyable épuisement professionnel [52].

Certains médecins pensent qu'il n'est pas bien de s'occuper de soi et de satisfaire ses besoins, ils sont dans le **plaisir, le souci de plaire** à tout le monde.

La fonction apostolique comprend aussi le besoin irrésistible du médecin de prouver à ses patients, au monde entier et à lui-même qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace.

3.1.2.7. Une indépendance

Par nature, habitude et obligation, le médecin est indépendant. Il présente des difficultés à déléguer et prend des décisions seul [85].

3.1.2.8. Une alexithymie

Les médecins semblent avoir certaines **difficultés à exprimer, extérioriser et gérer leurs émotions** [118, 197].

Dans ce registre, un médecin perfectionniste/obsessionnel avec un souci de maîtrise, une hyperactivité, une identification activiste de son métier, incapable de dire non, absorbé par son travail au dépend de sa vie familiale et privée, présente probablement des facteurs de vulnérabilités [257].

Jones [110] a repris les données de 100 médecins hospitalisés en psychiatrie entre 1967 et 1975 dans un hôpital privé. Concernant les médecins hospitalisés, l'auteur est frappé par la nature compulsive, travailleuse de ces médecins. Ainsi, les termes suivants ont souvent été relevés : " perfectionniste ", " surmené ", " il a un cabinet qui marche bien ", " il travaille dur ", " il a des idées grandioses au sujet de sa pratique " " il ne pouvait pas refuser de rendre service à des patients ", " très préoccupé par son travail " ," le parfait docteur passe une grande partie de son temps et de son énergie dans son rôle de médecin " ," incapacité de se détendre, se relaxer " ," pas de vacances depuis 5 ans ". En d'autres termes, la personnalité des médecins pourrait être plus importante que le stress occupationnel [110].

Sa personnalité est à la fois sa force et une faille possible. Ce sont ces qualités et ces ressources qui permettent souvent aux médecins de bien exercer leur métier et d'être de

« bons médecins » mais ce sont elles aussi qui peuvent paradoxalement générer des risques en cas de problèmes.

3.1.3. LE MÉDECIN : UN MAUVAIS MALADE

Le rapport du médecin à la maladie n'est pas d'une simplicité absolue [36]. Interrogés sur la question, les médecins répondent qu'ils sont des patients comme les autres. Or il est tout le contraire, les médecins ont rarement un comportement rationnel face à leur propre santé.

Il semble que de manière générale, les médecins interrogés aient un niveau satisfaisant de prévention de leur santé. Pourtant, même si plus de 75% des médecins interrogés sont satisfaits de leur état de santé et se considèrent même en meilleure santé que leurs patients [45, 86, 87, 125, 159], la majorité d'entre eux considèrent que la prise en charge de leur santé et a fortiori de la prévention de leur santé est moins bonne que celle de leurs patients [125, 159, 192].

3.1.3.1. Au niveau de leur prise en charge

3.1.3.1.1. Le médecin traitant

L'accès des médecins aux soins est problématique.

Kay et al [113] révèlent une grande disparité selon les pays concernant la désignation d'un médecin traitant par les médecins. L'Angleterre arrive en tête avec un taux de déclaration de plus de 90%, conséquence de publication par la *British Medical Association* (BMA) d'un ensemble de directives sur les responsabilités morales qu'avaient les médecins envers leur santé, celle de leur famille et d'autres médecins qu'ils ont comme patients [72]. En Suisse, en 2007, seulement 21% des médecins avaient déclaré un médecin traitant, et peu vont le voir [204].

En France, avant la réforme de l'Assurance Maladie en 2005 impliquant la mise en place de la déclaration d'un médecin traitant pour chaque assuré de plus de 16 ans, toutes les études donnaient le même résultat : 90% des médecins généralistes n'avaient pas de médecin traitant. Fin 2006, l'Assurance Maladie annonçait que plus de 80% des assurés avaient choisi leur médecin traitant. À peine 2/3 des médecins avaient rempli leur formulaire de déclaration du

médecin traitant [87, 127]. Dans plus de 80% des cas, ils se désignent ou choisissent un associé [55].

Pourtant, dans le travail de recherche de Corpel, 54% des médecins interrogés ne pensent pas être un bon médecin pour eux mêmes [46]. Dans une enquête suisse auprès de 1784 médecins de premiers recours, 35% avouent des difficultés à être soignés et 41% des difficultés à soigner un confrère [22].

3.1.3.1.2. L'autoprescription

De manière logique, les médecins n'ayant pas de médecin traitant ont largement recours à l'automédication [204, 223].

Dans l'étude de Hem [99], parmi les médecins norvégiens ayant pris des médicaments au cours de la dernière année, 90 % déclarent avoir utilisé l'auto-prescription. En Suisse, l'étude de Schneider [204] montrait que l'automédication concernait en premier lieu les antibiotiques, les antalgiques et AINS, la contraception orale et les psychotropes. En Angleterre, Forsythe [72] a montré que 71% des généralistes interrogés s'automédiquent et ce, dans 10% des cas pour des classes médicamenteuses telles que les anxiolytiques, les opiacés et les antidépresseurs

Il est intéressant de noter que 73% d'entre eux avouent avoir une expérience négative avec cette pratique [27].

Un questionnaire publié par le Quotidien du Médecin (589 répondants dont 62% de généralistes) indique que l'automédication est la pratique majoritaire chez les médecins : moins de 1% n'y recourent jamais, tandis que 32% le pratiquent toujours et 40% souvent [32]. Dans sa thèse consacrée à l'état de santé de médecins libéraux de l'Ile de France, Gillard [87] fait les constats suivants et montre que 90% des interrogés n'ont pas de médecin traitant, 86% se prescrivent leur traitement psychotrope et 31% ressentent le besoin d'un soutien psychologique.

3.1.3.1.3. Les congés maladies

Dans son article, « les médecins ne peuvent se soigner eux-mêmes » Scally [198] se réfère à une vaste étude menée à Londres auprès de médecins hospitaliers et généraux. Il y est

mentionné que les médecins, une fois malade, prennent moins de congés maladie que les autres professionnels, à niveau d'étude comparable.

Cette tendance a fait l'objet de nombreuses publications en France [45, 87, 125, 127]. Cette « culture du travail » est retrouvée dans plusieurs pays.

Ainsi, en Finlande, les médecins prennent moins de congés maladie que la population générale, les femmes médecins en prennent plus que les hommes et les jeunes médecins plus que leurs aînés [223].

En Angleterre, il semble exister un contrat moral entre les différents associés d'un cabinet de médecine générale, poussant les médecins à ne s'arrêter que dans des cas extrêmes [173]. Un sens du devoir envers les patients et les collègues sont évoqués par les médecins interrogés pour expliquer leur présence au travail malgré une maladie ; ils attendent de leurs collègues la même attitude. Même s'ils reconnaissent l'importance de la bonne santé des médecins dans l'amélioration du soin des patients, certains en veulent toujours à leurs collègues qui prennent congé lorsqu'ils sont malades [84].

D'autres études confirment cette tendance et notent que les médecins admettent ne pas avoir pris d'arrêt de travail pour un problème de santé qui aurait donné lieu à la prescription d'un arrêt maladie pour un de leurs patients [127].

3.1.3.1.4. La maladie

Le médecin malade tend à sous estimer ses symptômes.

Les enjeux individuels et culturels favorisent le déni de la maladie, retardent indéfiniment le moment d'aller chercher de l'aide, mènent à l'autotraitement et augmentent le risque de suicide [136].

3.1.3.1.4.1. *Le déni ou le déni*

Surcharge de travail, manque de temps libre, manque d'objectivité dans l'analyse des symptômes, souffrance moins importante d'après lui que celle de ses patients, crainte de perdre son permis d'exercer, crainte d'avoir un dossier médical, sentiment d'échec et de honte devant sa maladie, crainte de déranger un collègue, conviction d'être le seul à vivre une telle situation, difficulté à accepter de ne plus avoir la capacité d'en faire autant qu'avant, font que le médecin – malade oscille entre deux comportements extrêmes, celui de **négligence** de son état, et celui de **panique** lequel est lié à sa déformation professionnelle à imaginer le pire, à la

crainte d'être atteint d'une grave maladie [25, 35, 113, 124, 136, 138, 156, 217].

Le médecin est un très mauvais malade et son principal ennemi par indifférence, mépris de sa souffrance, crainte de la vérité, ou par le fait même d'être soignant « tout puissant », il nie la fatigue et les symptômes annonciateurs de la maladie et banalise leur répercussion [40, 85].

Même lorsque la pathologie s'impose, il continue bien souvent à nier l'évidence et c'est l'entourage familial ou confraternel qui souvent intervient [36, 124].

Selon Marzuk, les médecins sont les champions du déni de leur maladie [138].

3.1.3.1.4.2. *La difficulté à demander de l'aide*

3.1.3.1.4.2.1. Les enjeux individuels

Au départ, le médecin a une propension naturelle à nier ou à ne pas tenir compte de ses besoins de base (**banalisation ou négation**) [136].

De plus il estime que sa souffrance est moins importante que celle de ses patients, qu'il est le seul à vivre une telle situation et qui plus est, il n'a pas le temps.

Pour un médecin, reconnaître qu'il est malade peut signifier un arrêt de travail avec toutes les conséquences qui s'ensuivent. Ses patients ne pourront recevoir les soins dont ils ont besoin (responsabilité vis-à-vis de sa clientèle, manque de remplaçants), ses collègues devront absorber une surcharge de travail (éthique et souci d'équipe) et sa famille devra gérer les contraintes financières (pas ou peu d'indemnités journalières, trop de charges). La **culpabilité** s'installe alors [136].

Plusieurs médecins ont construit leur identité autour de leur travail, ils ont du mal à accepter de ne plus avoir la capacité d'en faire autant qu'avant, ils vivent un sentiment d'échec et de honte, ils **craignent de nuire à leur image**. L'arrêt devient alors un enjeu de vie et une perte totale de sens [136].

3.1.3.1.4.2.2. Les enjeux culturels

- Vis-à-vis de la population

Les médecins sont censés être solides et soutenir les autres, dévoiler leurs faiblesses ou leur vulnérabilité est pour beaucoup inacceptable : **sentiment d'incompétence** [7, 109, 150]. Parler de ses souffrances revient à prendre le risque de tomber encore plus bas.

Le praticien présente une **pudeur excessive** qui va entraîner chez lui l'obligation morale de dissimuler le plus longtemps possible les signes de sa maladie et les difficultés qu'il peut ressentir à travers son mal vivre, tous attachés à garder, ou à imaginer garder, une image complètement artificielle du médecin « inatteignable » par les maux de l'ensemble de la population [124]. Ils ont beaucoup de difficultés à reconnaître leurs problèmes, d'autant que la population les voient comme fort et sain [217]. En effet, on attend du médecin qu'il soit en bonne santé et qu'en cas de maladie il surmonte vaillamment sans que cela soit perceptible aux yeux de ses patients et de la collectivité [81].

Le médecin souffre de son **étiquette « VIP »** qui augmente son propre **sentiment de honte et de stigmatisation** [173, 217]. Cette expression, souvent utilisée par les auteurs anglo-saxons, désigne un cercle vicieux engendré par un accès aux soins par le médecin patient, dans des circonstances spéciales, sous la pression de confrères, donnant droit à un statut de malade « extraordinaire », avec certains privilèges. Le personnel soignant réagit alors de manière hostile à la présence de ce patient considéré comme une personne importante, à part, et va se mettre en retrait vis-à-vis de ce malade. Face à cet isolement, le médecin patient peut alors réagir avec une escalade de demandes, qui accentuent l'hostilité de l'équipe. Ce « VIP syndrome » est le plus souvent associé à un échec thérapeutique ou à une mauvaise adhésion au traitement.

Le médecin a aussi peur de rencontrer « une connaissance » dans la salle d'attente.

- Vis-à-vis du corps médical

Toute défaillance vis-à-vis de ses collègues ou de son institution sera considérée comme une faiblesse et par extrapolation comme un handicap puis comme une incompétence : il sera considéré comme un traître aux critères d'exigence qui fondent son entrée en confrérie [81].

Dans la communauté médicale, la stigmatisation culturelle, nourrie par le **jugement**, l'ignorance et les **attitudes discriminatoires** vis-à-vis des médecins ayant un problème de santé mentale, augmente la souffrance et l'isolement du médecin malade perçu comme un être faible et rejetant (perte de crédibilité d'un médecin qui devient malade). Le médecin malade craint d'autant plus d'être ridiculisé, discrédité que ses difficultés de santé relèvent de troubles psychiques [81, 136].

De plus, la **crainte d'une sanction, d'une suspension (perte du droit d'exercice), de mesures disciplinaires ou de poursuites**, les démarches parfois insurmontables pour recevoir des indemnités d'assurance invalidité, le malaise à aller chercher des médicaments à la pharmacie, la peur de rencontrer « une connaissance » dans la salle d'attente, le doute de consulter inutilement, la **peur du non-respect de la confidentialité** sont autant d'obstacles qui favorisent l'omerta, de la part du médecin comme de la communauté [72, 136, 138, 217, 234].

Ainsi, certains médecins souffrent d'une maladie psychiatrique non reconnue, non diagnostiquée, autotraitée ou sous-traitée, sa maladie est souvent grave car sa prise en charge tardive intervient sur des pathologies déjà évoluées [36, 136].

- Vis-à-vis de leur famille

La solitude des médecins s'observe également face à leur famille et leurs proches. Les médecins développent un secret obligé et une **pudeur excessive** vis-à-vis de ceux qu'ils ne veulent pas blesser ni même décevoir [124].

3.1.3.1.5. Les conséquences chez le médecin malade

L'adage « *les cordonniers sont les plus mal chaussés* » se vérifie en médecine.

Ainsi en période de crise et afin d'éviter un arrêt de travail à tout prix, les médecins seraient moins susceptibles de demander de l'aide comparés à d'autres : **peu consulteraient un praticien**, ils s'adaptent à leur difficulté, par exemple, si leur concentration diminue, ils compensent en contre-vérifiant tout ce qu'ils font et, en conséquence, investissent encore plus de temps dans son travail. C'est la **compulsion à travailler**. Il soustrait alors de sa vie tout ce qui le ressource et qui l'aide à préserver sa santé ou à la recouvrer plus rapidement (musique, activités culturelles, sport), ils **s'isolent et se réfugient encore plus dans le surinvestissement professionnel**. Ils **s'autodiagnostiquent, s'automédiquent** voire développent un **abus de substance** ou autre **addiction** [23, 72, 81, 150, 211].

Dans certains cas, les médecins malades consultent mais les contacts sont le plus souvent informels entre deux portes à la sauvette auprès d'un ami médecin (« consultation corridor » des canadiens), téléphoniques ou occasionnels [52, 81, 124].

Les absences à des rendez-vous fixés au préalable sont nombreuses et la non observance des prescriptions thérapeutiques est grande.

3.1.3.2. **Au niveau de leur prévention**

Au niveau préventif, les choses se discutent. Les médecins récusent tout examen de prévention y compris lorsqu'ils sont salariés. Ils trouvent toujours une excuse pour ne pas se rendre aux convocations.

Mais, en ce qui concerne le dépistage, les médecins sont plutôt assidus : 80% des médecins femmes ont fait réaliser un frottis cervico-vaginal dans les trois années dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus [46, 55, 159, 192], plus de 75% sont à jour pour la réalisation de leur mammographie dans le cadre du dépistage du cancer du sein [46, 55, 192], plus de 70% des médecins hommes de plus de 50 ans ont fait doser leur taux de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate [46, 87, 159, 192].

Sur un tout autre registre, les médecins sembleraient être à jour de leurs vaccinations notamment tétanos, mais en ce qui concerne la grippe et même l'hépatite B les médecins sont peu assidus alors que celle-ci est obligatoire [125].

Le médecin est un « mauvais » patient. Sa problématique relève de 4 items fondamentaux :

- **Le manque d'humilité face à son propre état de santé et « cécité professionnelle » quant à sa prise en charge.**
- **La crainte de la stigmatisation et la perte du droit de pratiquer.**
- **La solitude, la pudeur et l'esprit d'indépendance du médecin.**
- **La confraternité devenue une véritable utopie dans un grand nombre de cas (isolement, concurrence, jalousie, déception professionnelle).**

La difficulté à être malade est encore grande lorsqu'il est question des éventuelles maladies liées à l'exercice professionnel, surtout si elles ne relèvent pas d'infection ou de traumatisme mais de l'acte de soigner [81].

3.2.LA MÉDECINE

Travailler au quotidien auprès des gens et de leur souffrance fait de la médecine un métier passionnant et enrichissant mais aussi pénible.

Si la relation médecin-malade est centrale, elle peut parfois se compliquer de déshumanisation quand le *burnout* s'installe. La formation médicale ne prépare pas toujours à ces difficultés et à celles inhérentes à l'exercice de la profession.

3.2.1. LE CONCEPT DU BURNOUT

Dans son milieu professionnel, une myriade de petits stress essaime la vie quotidienne des médecins. Ces stress professionnels, généralement répétitifs, peuvent s'additionner et générer des sentiments de malaise et d'impuissance plus ou moins importants, susceptibles de compromettre l'existence et l'identité professionnelles et personnelles du médecin.

3.2.1.1. Origine du terme et définition :

3.2.1.1.1. Origine

Emprunté au monde de l'électronique et de l'industrie aérospatiale, le *burnout* signifie « surcharge de tension », « grillage des circuits », « carbonisation » et évoque la situation au cours de laquelle l'épuisement de carburant dans une fusée a pour résultante la surchauffe et le risque de briser la machine. Autrement dit, les signaux envoyés par les fusibles censés repérer le risque de surcharge émotionnelle ont été ignorés. Le danger a été minimisé, le disjoncteur central n'a pas fonctionné, entraînant un court-circuit et la propagation d'incendies qui rongent les fondations et les âmes de la bâtisse [165].

Dans la langue anglaise, le verbe *burnout* signifie « s'user, s'épuiser, craquer en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources ». Appliqué à un feu ou une bougie, il se traduit « par laisser brûler jusqu'au bout », et traduit l'état d'une bougie qui, après avoir éclairé de longues heures n'offre plus qu'une flamme désuète avant de « s'éteindre » [183].

3.2.1.1.2. Définition

Il s'agit d'un état mental qui a pour origine les aspects environnementaux, cognitifs et inconscients du sujet, et qui se manifeste de façon graduée, allant d'un investissement important dans le travail à un effondrement narcissique [122].

Cette expérience psychique douloureuse est vécue par des personnes engagées dans un travail ayant pour but d'aider les gens, mais soumises à un stress permanent (difficultés organisationnelles, difficultés d'adaptation, procédures thérapeutiques nouvelles) d'intensité moyenne mais caractérisé.

Aussi, toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide avec autrui et soumise à un stress professionnel chronique est susceptible un jour d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel [78].

Autrement dit : Quand la relation d'aide tombe malade, c'est le <i>burnout</i> [27].

3.2.1.1.3. Synonymes

En fonction des cultures :

- En Angleterre : *burnout* ou *job – burnout*, évoque la combustion totale, la réduction en cendre d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu. Une sorte de carbonisation psychologique.
- Au Japon de *Karoshi* : *karo* « mort » et *shi* « fatigue au travail », qui suggère que l'usure peut aboutir à la mort de l'individu. Avec le *hara-kiri*, geste de désespoir ou suicide effectué par l'employé, en conséquence d'une surcharge professionnelle, à un moment où il n'est pas en réelle capacité d'en évaluer les conséquences [165].
- En France, on parle de *Syndrome d'Épuisement Professionnel* (SEP). Cette dénomination est moins brutale que les formules anglo-saxonnes et nippones. Le terme *Usure au travail* est également usité ce dernier étant préféré car il renvoie à la notion d'évolution progressive et de réparation. Plus rarement est utilisé le terme de *métierite* [69], pathologie liée à l'exercice de la médecine.

3.2.1.2. **Historique**

Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout* n'est pas un phénomène nouveau.

Il ancre ses racines dans le passé.

En **1768**, **Tissot**, précurseur d'une psychopathologie du travail, décrit les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé et propose une approche hygiéniste et préventive [221].

En **1959**, **Veil** introduit et développe en France le concept d'épuisement professionnel « *manifestations particulières qui ne ressemblent à aucune autre* ». Il écrit à propos des états d'épuisement dans le Concours Médical, sous le titre, *Primum non nocere* : « *l'état d'épuisement professionnel est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives.* » [240].

Mais aucun n'aura le succès rencontré par le terme *burnout* à partir des années 1970.

En 1974, **Freudenberger**, psychiatre et psychanalyste américain, décrit une entité qu'il observe chez les travailleurs sociaux s'occupant de toxicomanes dans les « *Free Clinics* » [79, 85]. Cette structure offrait des horaires d'accueil différents des autres établissements et exigeait une grande disponibilité des soignants. Ainsi sous l'effet de la tension produite par le travail et par l'engagement extrême qu'il demandait, Freudenberger a pu noter l'installation d'une fatigue progressive ainsi que des troubles de la conduite et de l'humeur chez une partie des soignants. Il utilise le terme de « *burnout* » pour caractériser cet état mental et se justifie ainsi : « *je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe reste plus ou moins intacte* » [85]. Le *burnout* réside pour lui dans le fait « *de s'épuiser en s'évertuant à un atteindre un but irréalisable que l'on s'est fixé ou que la société impose* ». Limité au secteur professionnel, il peut s'étendre et gagner la vie privée [78].

Freudenberger le décrit comme un **problème social** et **non clinique**. Il en résulte un profil type : ce sont des hommes et des femmes qui n'acceptent pas l'existence de limites dans les idéaux qu'ils cherchent à atteindre. Plus l'implication est grande plus la perte de motivation l'est également, les résultats escomptés n'étant pas atteints [174, 183].

Vers 1975, Maslach, professeur de psychologie sociale à l'université de Berkeley en Californie, a, elle aussi rencontré le terme « *burnout syndrome* » en usage auprès des professionnels de sauvetage et urgentistes [231]. Elle précise que le *burnout* renvoie à la notion « *d'un syndrome d'épuisement émotionnel et de cynisme* » qui surgit chez des personnes impliquées dans un travail d'accompagnement et d'aide. Il s'agit pour elle, « *d'une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail* ». Elle met au point en 1981 avec Jackson un instrument de mesure, le **Maslach Burnout Inventory (MBI)** et une définition qui introduit la composante tridimensionnelle : « *syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement professionnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* » [139].

Il est intéressant de remarquer que l'émergence de la notion de *burnout*, décrit en tant que syndrome, se fait de manière presque simultanée au début des années 1970, sur la côte est et ouest des États-Unis, avec respectivement Herbert J. Freudenberger et Christina Maslach.

Cela illustre le fait que le *burnout* a d'abord émergé en tant que problème social. Il ne s'agissait donc pas d'une construction scolaire et abstraite. Apparemment, ces deux auteurs ont découvert quelque chose qui était « dans l'air du temps ». Cette origine sociale du *burnout* est essentielle pour comprendre l'évolution de ce concept et sa difficulté à trouver une place au niveau psychopathologique [27].

Pines, Aronson et Kafry (1981) mettent en place une autoévaluation pour les soignants le *Burnout Measure* et conçoivent le *burnout* comme un **concept psychosocial** composé de trois entités [117, 169, 183] :

- **La fatigue physique** : elle se traduit par une diminution d'énergie, un affaiblissement, de l'ennui. Il existe une propension aux maladies (migraines, rhumes...) et aux troubles du sommeil.
- **La fatigue émotionnelle** : elle est accompagnée de sentiments de désespoir et d'impuissance. En phase aiguë, il est noté la possibilité de « troubles mentaux avec idées suicidaires »
- **La fatigue mentale** : elle résulte du développement d'attitudes négatives vis-à-vis de son travail, de soi-même et de sa vie. La personne est déçue par elle-même et par son travail. Cette fatigue mentale projetée sur les autres favorise la déshumanisation des rapports avec autrui.

Entre 1974 et 1989, le *burnout* fait parler de lui : plus de 2500 articles sont écrits sur ce sujet. Les principaux auteurs sont : Pines, Cherniss, Edelwich, Brodsky. Le concept arrive plus tardivement en Europe dans les années 80, et en France seulement dans les années 90.

Canoui présente « *le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS)* » comme une forme de stress spécialisé qui ouvre le champ d'une « *pathologie de la relation à l'autre* » et pose le problème éthique de la relation d'aide [27]. Quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi-même ?

Pour **Leopold**, le *burnout*, par sa présentation lente et insidieuse, est une affection particulière dont l'évolution est incertaine et les conséquences dramatiques [122]. Le suicide est pour lui, et d'autres [27, 29, 33, 68, 85], l'expression ultime du *burnout*.

Aussi, l'épuisement professionnel peut faire le lit d'une véritable dépression majeure et conduire au suicide. Il rejoint le concept du *karoshi*.

3.2.1.3. Modélisation du *burnout*

Plusieurs modèles ont été conçus pour tenter d'expliquer le mécanisme du *burnout*. Ils sont en partie inspirés des modèles expliquant le stress.

3.2.1.3.1. Le modèle exigences - contrôle de Karasek

En 1979, Karasek propose le modèle *exigences - contrôle*, selon lequel la détérioration de la santé au travail n'est pas directement fonction de l'accroissement des exigences. Elle dépend du degré de contrôle que l'individu exerce sur son activité, autrement dit, sa latitude de décision. La santé physique et psychologique dépend donc de l'interaction entre exigences psychologiques et latitude décisionnelle [135]. Des exigences élevées avec un contrôle sur le travail important favorisent une bonne activité et la créativité, tandis que des exigences élevées et un faible contrôle mènent à une tension élevée [231].

3.2.1.3.2. Le modèle existentiel de Pines

Pines s'appuie sur une perspective existentielle pour définir le *burnout*. Elle affirme que ce dernier prend racine dans le besoin qu'ont les individus de croire que leur vie a un sens [6].

Elle met en évidence une **corrélation négative entre le *burnout* et le sentiment de trouver un sens à son travail**. Ainsi, la surcharge de travail, les contraintes administratives, la résistance des clients, n'engendrent pas le *burnout* simplement parce qu'ils entravent l'utilisation des compétences, mais pour une raison plus profonde : **l'impossibilité d'utiliser ses compétences prive l'individu de la signification qu'il recherche dans son travail**.

Ce modèle s'apparente à tout un ensemble de modèles pour lesquels les tensions de l'individu proviennent de **l'écart entre attentes ou motivations et réalité**. Pines situe ces attentes à un niveau particulier, celui de la **quête existentielle**. Ainsi, ce n'est pas l'échec en tant que tel qui provoque le *burnout*, c'est plutôt la perception que, quels que soient les efforts, on ne peut avoir un impact significatif [231].

3.2.1.3.3. Le modèle transactionnel ressources - exigences de Cherniss

Pour Cherniss (1980), stress et *burnout* sont le produit d'une relation où l'individu et l'environnement ne sont pas des entités séparées, mais les composants d'un processus dans

lequel ils s'influencent mutuellement et continuellement [39]. Trois étapes caractérisent ce processus. La première, le stress perçu, provient du déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources de l'individu (personnelles ou organisationnelles). Ceci conduit à la deuxième étape, la tension « *strain* » réponse émotionnelle à ce déséquilibre, qui s'exprime par une fatigue physique, un épuisement émotionnel, une tension et de l'anxiété. La troisième étape est marquée par des changements attitudinaux et comportementaux, en particulier une réduction des buts initiaux et de l'idéalisme, le développement d'attitudes détachées et d'un cynisme, ou encore une grande complaisance pour ses propres besoins. Avoir peu de ressources et d'importantes exigences au travail favorise l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Les ressources ont un effet tampon sur le stress engendré par les exigences du travail.

3.2.1.3.4. Le modèle transactionnel des troubles d'adaptation

Pour Lazarus et Folkman (1988), le *burnout* résulte d'un trouble d'adaptation (*coping*) face à une situation stressante [71]. Le stress et les émotions n'émanent pas de la personne ni de l'environnement, mais proviennent de la relation personne – environnement. Le stress et les émotions (qui peuvent être bénéfiques ou nuisibles) sont donc générés par cette relation, qui change au cours du temps et selon les circonstances. La stratégie d'adaptation ou *coping* peut donc changer au fur et à mesure que la transaction entre l'individu et l'environnement évolue. Il existe deux grandes stratégies de *coping* : celles qui sont centrées sur le problème, qui analysent le problème et essaient de trouver une solution (*coping* actif), et celles centrées sur les émotions, qui tentent surtout de pallier les réactions émotionnelles, en évitant le problème essentiel (*coping* passif).

3.2.1.3.5. Le modèle de conservation de ressources

La théorie de la conservation des ressources a été élaborée par Hobfoll en 1989 [102]. Cette théorie se base sur le fait que les individus sont motivés à obtenir, maintenir, protéger et développer des ressources. Ces ressources peuvent être de nature diverse, Hobfoll en a recensées soixante-quatorze (sentiment de succès, stabilité familiale, revenus suffisants, santé personnelle, optimisme). Le premier principe de cette théorie est que « *la perte des ressources a un impact disproportionné comparativement au gain de ressources* », ce qui veut dire qu'une perte de ressources est beaucoup plus ressentie par l'individu qu'un gain.

Cependant, un individu qui a beaucoup de ressources est moins vulnérable à une perte qu'un individu qui a peu de ressources, d'où le second principe que « *les individus doivent investir des ressources afin de se protéger de la perte des ressources et d'en acquérir des nouvelles* ». D'où la nécessité de se fixer des objectifs destinés à faire face aux contingences futures (accroître les ressources et minimiser les menaces face aux risques), ce qui correspond au *coping* proactif.

3.2.1.3.6. Le modèle psychanalytique

La psychanalyse permet d'appréhender le **burnout** comme une **blessure narcissique profonde** [6]. Le choix d'une profession d'aide pourrait être sous-tendue par un **mécanisme de défense : l'altruisme**, soit le dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit. L'altruisme peut être un mode particulier de la formation réactionnelle, qui permet d'éviter l'agressivité ou l'hostilité refoulées. L'altruisme peut être une jouissance par procuration. Le sujet aide les autres à obtenir un plaisir qu'il se refuse à lui-même, et en retire une satisfaction grâce à son identification aux personnes aidées. L'altruisme peut être aussi une manifestation du masochisme. Le sujet recherche alors les sacrifices liés à l'altruisme. Mais l'idéal du sujet serait mis à mal par la réalité professionnelle, et le *burnout* serait dû à l'échec ou à la rigidification des mécanismes de défense.

3.2.1.3.7. La psychopathologie du travail

La psychodynamique du travail est une analyse dynamique et compréhensive de l'activité d'un individu au travail. Inspiré par ce courant, Desjours analyse la souffrance psychique résultant de la confrontation des hommes à l'organisation du travail [53]. Plus l'organisation du travail est rigide, plus il sera difficile au travailleur de la faire coïncider avec ses capacités et ses désirs. La psychopathologie du travail analyse l'organisation du travail et prend en compte les désirs des travailleurs, ce qui implique généralement de nécessaires changements à l'organisation du travail, afin qu'elle s'harmonise aux aspirations des travailleurs.

3.2.1.4. Nosographie

À ce jour, les classifications psychiatriques internationales ne reconnaissent pas le *burnout* en tant qu'entité nosographique pathologique. Le risque pour certains serait de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques qui prendraient le masque d'un épuisement professionnel.

Il s'agit plus d'un concept multidimensionnel qui ne remplit les critères ni de la dépression, ni des troubles anxieux, ni des troubles somatoformes, ni des troubles de l'adaptation (sur le critère de temporalité du début des troubles). Le *burnout* serait une entité qui recoupe ces quatre diagnostics mais se rapproche plus du trouble de l'adaptation [26].

L'absence de repères classiques fait appel à des idées nouvelles et soulève l'hypothèse d'un concept neuf qui va de pair avec une évolution sociale et une problématique existentielle propres à notre époque [28, 52].

À noter que, dans la CIM 10, le « surmenage » est côté Z73.0 et que le « surmenage et mouvements épuisants ou répétés » est côté X50.

3.2.1.5. Critères

Les critères de LM Larouche pour établir le diagnostic de BOS sont [117] :

- un état affectif négatif ;
- des conditions de travail négatives ;
- des aspirations idéalistes ;
- une baisse marquée des performances ;
- un bon fonctionnement antérieur au travail ;
- une absence de psychopathologie antérieure au travail.

Il convient de souligner que le SEP survient la plupart du temps chez des sujets **sans antécédent psychiatrique notable**.

3.2.1.6. Sémiologie

3.2.1.6.1. Symptomatologie non spécifique

Les signes cliniques n'ont rien de véritablement spécifiques [93, 117, 220].

On retrouve :

- des *symptômes somatiques* dits physiques ou psychosomatiques (asthénie, céphalée, trouble du sommeil, trouble digestif, troubles sexuels, douleurs variables, symptômes neurovégétatifs, troubles du comportement alimentaire, sensibilité aux infections) ;

- des *symptômes cognitifs* (troubles de la concentration, de la mémoire et du jugement, entraînant un sentiment d'incompétence, indécision, pensées rigides et schématiques) ;

- des *symptômes de la sphère affective et émotionnelle* (hypersensibilité, labilité émotionnelle, irritabilité, colère, cynisme, rigidité, intolérance, méfiance, état dépressif avec tristesse et douleur morale, désespoir, pessimisme, appauvrissement affectif avec attitudes mécaniques, froideur affective) ;

- des *symptômes de la sphère comportementale* (conflits, impulsivité, agressivité, agitation, pseudoactivisme, hyperactivité stérile, entêtement, absentéisme ou « présentéisme paradoxal » réalisant un tableau d'acharnement au travail, retards, désintérêt, distanciation interpersonnelle, repli, retrait, isolement, signes d'abus).

On peut aisément lire dans cette description des tableaux plus ou moins complets d'un état anxieux, anxio-dépressif ou dépressif débutant.

C'est par une approche en extériorité que le SEP s'est précisé [27]. En positionnant la relation à l'autre au centre du BOS, ce syndrome se trouve limité, certes aux professions dites d'aide mais acquiert aussi toute sa spécificité.

3.2.1.6.2. Symptomatologie spécifique

Le *burnout* syndrome comporte trois dimensions [81, 92] :

- *un épuisement émotionnel* (EE) marqué par un **manque de motivation** et d'entrain au travail et une sensation que tout est difficile, voire **insurmontable**. L'épuisement émotionnel renvoie à l'appauvrissement des ressources du sujet. La personne est vidée nerveusement, a perdu tout entrain, n'est plus motivée par son travail qui devient une

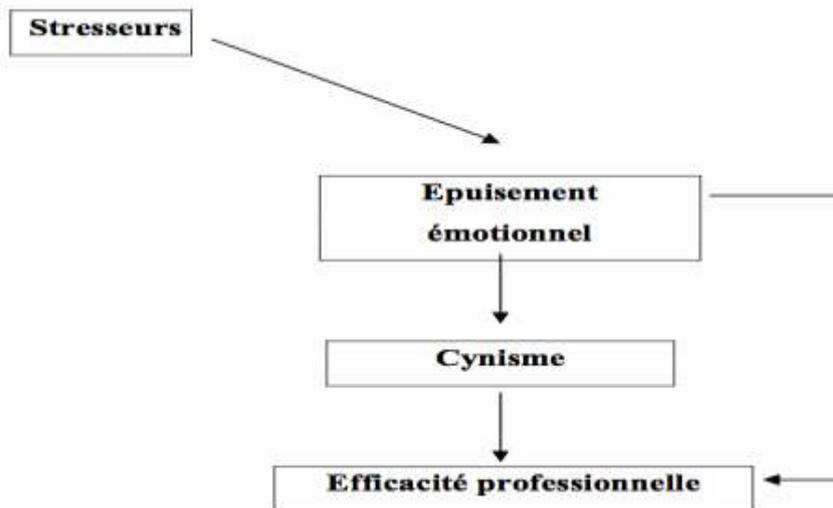
corvée. L'épuisement émotionnel s'accompagne de frustration et de tension dans la mesure où l'individu ne réalise plus le travail qu'il effectuait auparavant (irritabilité, anxiété, fatigue, insomnie, émotivité, crise de larmes, froideur). L'épuisement est physique et psychique non amélioré par le repos et les vacances ;

- **une déshumanisation de la relation à l'autre ou dépersonnalisation (DP)**. Il s'agit de la dimension interpersonnelle du *burnout*. On constate une réification de l'individu pris en charge par le soignant. Celle-ci renvoie au développement d'attitudes détachées, négatives, envers les individus rencontrés dans le contexte de travail (indifférence, cynisme, inertie, négativisme, rigidité, intolérance, agressivité). Il ne s'agit donc pas d'un trouble dissociatif au sens de la dépersonnalisation décrite en psychiatrie, mais d'une perte d'empathie, d'une modification de la relation à l'autre avec une tendance à voir les patients comme des maladies ou des **objets** voire comme des problèmes et peut aller jusqu'à des conduites de maltraitance. Elle renvoie au « *John Wayne Syndrome* », cowboy solitaire et invulnérable à toute émotion. Cette sécheresse relationnelle est le noyau dur du syndrome ;
- **une réduction ou absence d'accomplissement personnel (AP)** au travail (sentiment d'échec, d'**incompétence** et d'inutilité professionnels, sentiment de ne pas être à la hauteur, dévalorisation, diminution du sentiment d'auto-efficacité, anhédonie). La diminution de l'efficacité professionnelle est la dimension d'auto-évaluation du *burnout*.

Le *burnout* est dit faible, moyen, élevé, respectivement selon si une, deux ou trois dimensions est pathologique (EE élevé, DP élevé, AP faible).

L'augmentation de l'épuisement émotionnel et sa conséquence, la dépersonnalisation, sont proportionnelles au degré du *burnout* (figure1). Il existe une boucle entre les éléments stressants et l'EE, l'un favorisant l'autre et vice-versa [144]. La DP, elle, réduit le stress en agissant probablement tel un mécanisme de défense, une attitude stratégique. À l'inverse, un accomplissement personnel élevé est protecteur puisqu'il donne sens à l'investissement et le rend plus supportable [81].

Figure 1 : le processus du *burnout* d'après le modèle tri-dimensionnel [228].



Pour Canoui, la DP est la pierre de touche du SEP des soignants et amène toute la spécificité à ce concept, à savoir une pathologie de la relation d'aide [26].

Le burnout se compose de trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation et le faible accomplissement professionnel.

3.2.1.7. Diagnostic différentiel

3.2.1.7.1. Le stress

Souvent, les mêmes causes sont retrouvées pour le *burnout* et le stress et dans les deux cas, la tension ressentie par un individu résulte des exigences d'une situation et de l'incapacité d'y répondre [230]. Mais, le *burnout* se réfère au travail, tandis que le stress désigne la tension ressentie à n'importe quel moment de la vie. De plus, dans le domaine du travail, le *burnout* ne se limite pas seulement à la tension ressentie, qui est corrélée au stress (épuisement émotionnel), mais prend également en considération les relations interpersonnelles et l'autoévaluation du travail. Il dépasse donc la notion de stress. Le stress est ce qui arrive à l'homme, et non ce qui se passe en lui ; c'est un ensemble de causes, non un ensemble de symptômes [220].

3.2.1.7.2. La dépression

Le *burnout* se distingue de la dépression : les symptômes sont différents (cf DSM IV), tous les critères de l'épisode dépressif majeur ne sont pas réunis comme le ralentissement psychomoteur pour n'en citer qu'un et le sentiment dépressif reste localisé au secteur professionnel [52]. Ce n'est que lorsque le *burnout* est très sévère qu'il peut avoir des répercussions sur la vie privée et prendre la forme d'une véritable dépression.

3.2.1.7.3. L'insatisfaction au travail

D'après Bédard et Duquette, l'insatisfaction est une expérience négative vécue par l'individu et liée au travail [16]. La perte du sentiment d'accomplissement dans le travail en est une manifestation. Cependant, l'insatisfaction au travail exclut l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation de la relation d'aide.

3.2.1.7.4. La neurasthénie

En 1868, le neurologue américain George Beard décrit un nouveau phénomène de société qu'il appelle neurasthénie [135]. Il considère qu'elle est un désordre neurologique dû au stress de la civilisation moderne. En effet, elle atteint surtout ceux qui travaillent pendant de longues heures sans repos et elle est plus fréquente dans les classes aisées. Elle se caractérise par une multitude de symptômes non spécifiques qui peuvent être d'ordre psychique et somatique [135].

Cette description initiale ressemble au *burnout* sauf que le *burnout* n'est pas un désordre neurologique. Cependant, le concept de neurasthénie a changé au cours de l'histoire. Bientôt elle ne fera plus partie du domaine de la neurologie mais de celui de la psychiatrie. Elle se retrouve aujourd'hui dans les classifications psychiatriques. Dans la classification CIM10 par exemple, elle figure parmi les troubles somatoformes (F45) ou parmi les autres troubles névrotiques sous le nom de syndrome de fatigue (F48). Aujourd'hui, elle se distingue donc essentiellement du *burnout* par le fait de correspondre à un diagnostic psychiatrique et de ne pas être reliée au travail.

3.2.1.8. Stades

Il convient de rappeler que la constitution du BOS est lente [28]. Il suit une sorte de progression étalée sur des mois ou même des années. On parle de SEP après des expositions à des stress professionnels durant des périodes allant de un à cinq ans. C'est un processus dynamique susceptible d'aggravation mais aussi d'évolution positive pour la personne. Il peut parfois s'arrêter de rétrograder, selon les conditions ou les dispositions du travailleur. Il n'est pas une maladie [28].

Plusieurs descriptions ou gradations des phases du «*burnout*» ont été proposées, retenons celle d'Edelwich et Brodsky [62] :

- D'abord, *la phase d'enthousiasme* où tout est beau. Le médecin est plein d'énergie, il a de grands idéaux, il va transformer le monde, il va changer les patients, en guérir plusieurs, sinon tous. Il travaille beaucoup, se donne presque entièrement à son travail, qui constitue sa source de gratification première.

- Puis apparaît *la phase de stagnation*: le médecin commence à s'essouffler, les choses ne se passent pas comme prévues, les patients ne changent pas vite, l'administration ne coopère pas assez, les demandes de soins ne diminuent pas. Il décide de consacrer plus de temps à son travail, plus d'énergie, plus d'efforts. Et pourtant, ce surinvestissement ne produit pas les résultats escomptés: il se traduit plutôt par des troubles de santé. Il dort moins bien, est plus tendu, se sent moins près des siens, de son conjoint et de ses enfants, sa vie familiale ou intime s'en trouve appauvrie.

- Alors, progressivement s'installe *la phase de désillusion, de frustration*. Le médecin en cause commence à se questionner sur la valeur de son travail: «Ça sert à quoi? Est-ce que ça en vaut vraiment la peine?» Il commence à douter de lui, à douter de son jugement et de ses capacités: se serait-il trompé, serait-il en train de faire fausse route? Les patients deviennent de plus en plus lourds à tolérer, le personnel n'offre pas l'appui désiré, les patients sont perçus comme ingrats et ennuyeux, même les confrères semblent manquer de respect professionnel. Le médecin, de plus en plus dévalorisé, se sent mal à la maison et tout l'irrite: il ne jouit plus de la considération d'antan. Puis il se met à souffrir de problèmes de santé, qu'il tente de traiter lui-même, maladroitement. Souvent à cette phase, le médecin ou psychiatre

utilise des médicaments ou de l'alcool pour s'autotrainer, pour essayer de «remonter la pente». Malheureusement, ces mesures n'ont pour effet souvent que d'accélérer le processus qui suit.

- ***La phase d'apathie et de démoralisation, désespoir:*** le candidat sur la voie du «*burnout*» se sent alors nettement dépassé, incompetent. Il tente d'éviter les patients, le personnel, continue de travailler seulement parce qu'il a besoin d'un revenu pour subsister, mais, ne croit plus en son travail. Il vit alors comme «en sursis», déteste son travail, arrive en retard, manque des rendez-vous, néglige ses dossiers, sa formation professionnelle; c'est l'impasse, le désespoir. Il veut tout lâcher, il songe au suicide [117, 183]. Cet état, s'il se prolonge peut sans doute conduire à une dépression majeure classique. Les risques d'abus sont alors importants (éthylisme, médicaments dont les psychotropes, substances illicites).

Le BOS évolue en 5 stades allant d'un investissement important au travail avec souvent un enthousiasme démesuré puis survient une période de stagnation, puis de désillusion/frustration qui peut aller jusqu'à l'effondrement narcissique, période d'apathie puis de désespoir où les idées dépressives et suicidaires sont présentes.

3.2.1.9. Échelles

L'évaluation du BOS se fait par des entretiens psychologiques et/ou des questionnaires type *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Annexe 2) ou *Burnout Measure* (BM) (Annexe 3) [139].

En 1977, Pines et Aronson élaborent le BM permettant d'évaluer surtout la composante épuisement émotionnel à l'aide de 21 items dont la cotation est quantitative. Parmi ceux-ci, quatre sont connotés négativement et dix-sept positivement [169]. Le BM est nettement corrélé avec le degré de satisfaction et d'autonomie au travail ainsi qu'avec la qualité du support social [169].

En 1981, Maslach et Jackson proposent une échelle de mesure du *burnout*. Il s'agit du *Maslach Burnout Inventory*, outil méthodologique utilisé par les scientifiques car ses qualités psychométriques de validité convergente, de validité divergente et de fidélité test – retest sont constantes d'une étude à l'autre [199, 231, 239]. Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation permettant de restituer trois sous-échelles qui mesurent respectivement les trois dimensions du BOS : l'EE (9 items), la DP (5items) et la perte de l'AP (8 items). Pour porter le diagnostic de *burnout*, les trois dimensions ne doivent pas forcément être présentes simultanément, il s'agit d'un processus dynamique et évolutif.

D'autres instruments d'évaluation du *burnout* ont été élaborés dans le cadre de recherches ponctuelles, mais ils évaluent principalement l'état physique et psychique d'un individu et ont une validité statistique limitée : le Cherniss *Burnout Measure* de Burke et Deszca (1986), le Emener – Luck *Burnout Scale* de Emener, Luck et Gohs (1982), le Energy Depletion Index de Garden (1985), le Job *Burnout Inventory* de Ford, Murphy et Edwards (1983), le Staff *Burnout Scale* de Jones (1980), le Matthews *Burnout Scale for Employees* de Matthews (1986), le Meier *Burnout Assessment* de Meier (1984), le Teacher *Burnout Scale* de Seidman et Zager (1986 - 1987).

3.2.1.10. Épidémiologie du *burnout* chez les médecins

En France et à l'étranger, des études ont été menées auprès de médecins généralistes, de médecins libéraux ou d'internes de médecine pour tenter de définir la prévalence du *burnout* dans la profession médicale.

3.2.1.10.1. En France

Près de 50% des médecins libéraux seraient concernés par cette pathologie professionnelle [études de Truchot avec une moyenne de 47% [227, 228, 229, 247], étude de Galam Ile de France 53% [82]) et les mêmes constatations seraient retrouvées à l'hôpital [67, 68].

Les résultats des différentes études sont résumés et présentés dans le tableau suivant (tableau 13) .

Tableau 13: Résumé de quelques études françaises sur le *burnout*

ML : Médecins Libéraux

MG : Médecins Généralistes

IMG : Internes Médecine Générale

Région	Année	Médecins	Effectif	Fort EE en %	Fort DP en %	Bas AP en %	Commentaires
Tours [182]	1999	IMG	36	-	-	-	53 % avaient au moins un score élevé pour une des composantes du <i>burnout</i> . 42 % des internes trouvaient difficilement un conseil auprès d'un senior. 58 % des internes estimaient que leur travail n'était pas reconnu par leur chef de service. 25 % des internes jugeaient leurs connaissances suffisantes. Les facteurs étiologiques étaient le manque de soutien, de reconnaissance, et une formation insuffisante.
Paris et Haute-Garonne [89]	2001	MG	932	-	-	-	46,6% déclarent être souvent ou très souvent stressés. Les femmes 1,4 fois plus que les hommes. 47 % sont prêts à changer d'activité en cas de cessation. Comme causes sont citées : le poids financier 82%, les charges administratives 70%, la paperasse et le téléphone 62,8% et la perturbation de la vie privée 56,5%.
Bourgogne [228]	2001	ML	394	47,2	32,8	29,2	Dans 68,5% des cas, les relations avec les patients sont citées comme étant sources majeures de stress et de tension ; ce pourcentage ne comprend pas la surcharge de travail liée aux demandes de consultation.
Bretagne, Dinan [183]	2002	MG	88	22,7	35,2	39,8	La moitié d'entre eux affirmait avoir envisagé de changer d'orientation et 80% ne pas avoir assez de temps pour eux-mêmes ou pour leur entourage. Plus préoccupant, 30% avaient augmenté leur consommation de tabac, 15% d'alcool, 40% de café, 20% de psychotropes
Loire [33]	2003	MG	307	26	30	19	L'EE était statistiquement associé au sexe féminin, à une charge de travail importante, au désir de reconversion, à la consommation d'alcool, de psychotropes, aux idéations suicidaires

Champagne Ardennes [227]	2003	L	407	42,3	44,5	37,4	44,5% des médecins « entretiennent des attitudes très négatives avec leurs patients. »
Poitou Charente [228]	2004	MG	515	40,3	43,7	43,9	Une variable modératrice par rapport au <i>burnout</i> a pu être isolée : le support social que constitue l'aide confraternelle.
Poitou Charente [247]	2004	MG	32	34	40	44	Parmi les causes d'un souhait de changement de métier, sont cités : l'organisation du travail (85,8%), le revenu (67,5%) mais pas la charge objective de travail.
Rhône Alpes [167]	2004	MG	189	25	24	42	
Indre et Loire [108]	2005	MG	496	25	29	25	
Cher [64]	2005	MG	127	25,2	33,1	29,1	
Ile de France [92]	2005	IMG	692	24,1	42	48,6	40% des internes envisagent une réorientation professionnelle. 25% ont un suivi psychologique, et 15% prennent un traitement antidépresseur. Par ailleurs, il semble important de souligner qu'une proportion non négligeable d'internes présente des scores faibles d'EE (37,5%) et de DP (20,9%) et un score d'AP important (22,5%), suggérant des différences importantes à l'intérieur même de l'échantillon.
Truchot [230]	2005	Étudiants en Médecine de la 1 ^{ère} à la 11 ^{ème} année	650				Des symptômes significatifs, indiquant anxiété et dépression ont été trouvés chez 33% des étudiants et 42% des étudiantes en médecine. Plus de 20% des étudiants sont atteints d'un degré plus ou moins élevé de dépression. Les scores de <i>burnout</i> d'EE et de DP tendent à s'accroître au cours des 6 premières années de médecine, même si ces 2 variables ne sont pas accompagnées par une réduction de l'AP. Cette étude montre chez les étudiants une tendance au désengagement social au profit d'un retrait sur des motivations plus centrées sur la sphère privée, personnelle. Ce repli identitaire n'est pas associé à un mieux-être, mais plutôt à un <i>burnout</i> et à un degré de dépression élevé.
Réseau sentinelles de l'INSERM et Corse [239]	2006	MG	221	27,1	32,6	27,1	L'enquête a montré que la participation à une activité de recherche ou à un groupe Balint favorise l'accomplissement personnel

PACA [261]	2007	MG	-	23	19,6	10,6	Une durée hebdomadaire de travail élevée, des patients en fin de vie, des attentes de patients jugées irréalistes, voir ses propres compétences mises en causes par les patients, des conflits travail-famille, des contentieux judiciaires sont associés à l'une ou l'autre des dimensions de l'épuisement professionnel.
Enquête SESMAT [66]	Mars 2007 à avril 2008	Médecins hospitaliers toute spécialité confondue	3196	-	-	-	L'intention de quitter la profession est déclarée par 17,4%. Des relations interpersonnelles tendues, une mauvaise qualité du travail d'équipe, un sentiment de harcèlement par les supérieurs au moins mensuel, la crainte fréquente de commettre des erreurs et un ratio effort / récompense inadéquat ou déséquilibré sont mis en avant pour expliquer cette insatisfaction au travail.
Enquête DREES [55] 5 régions : Basse-Normandie, Bretagne, PACA, Pays de la Loire.	2008	MG	1900	-	-	-	8 médecins sur 10 se déclarent en bonne santé. Plus d'un MG sur 10 est en détresse psychologique, les femmes 2 fois plus que les hommes. Les idées et projets de suicide ne varient pas selon l'âge, mais sont plus fréquents parmi les médecins qui exercent seuls.
Nantes [13]	2008	IMG	114				Chez les internes de premier semestre, 70% avaient au moins une dimension de <i>burnout</i> élevée. Des connaissances théoriques perçues comme insuffisantes ou non adaptées à la pratique ainsi que l'absence de reconnaissance du travail des internes augmentaient l'EE
Ile de France [170]	2009	IMG	205	16	50	34	45% des internes en médecine générale sont en <i>burnout</i> . La sous dimension dominante est la dépersonnalisation.
Haute Normandie [143]	2009	ML	552				64 % des généralistes se plaignent du retentissement de leurs horaires de travail sur leur vie privée. 13 % d'entre eux pensent à quitter la profession et 21 % à changer de mode d'exercice. Ils sont près de 60 % à avoir peur de commettre des erreurs et 64 % reconnaissent avoir l'esprit occupé par leur travail au moment du coucher. Il faut dire que 87 % expliquent que les exigences de leur métier interfèrent dans leur vie privée. 29 % ont des épisodes dépressifs liés au travail et 69 % des praticiens souffrent de périodes d'épuisement pour les mêmes raisons

3.2.1.10.2. A l'étranger

Il convient de rappeler que Schaufelli a montré qu'il existe des variations culturelles des scores de MBI ce qui impose la prudence dans la comparaison des scores entre les différents pays [199].

Il faut donc rester très prudent dans l'interprétation des résultats inter pays car [199, 239] :

- il existe des variabilités culturelles des scores de MBI ;
- certaines études emploient le terme « *burnout* élevé » pour « épuisement émotionnel élevé » ou pour l'une des trois dimensions dont le score est pathologique (Épuisement émotionnel ou Dépersonnalisation élevés, ou Accomplissement personnel bas) ce qui empêche toute comparaison ;
- d'autres études parlent de *burnout* lorsque les scores d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation sont moyens ou élevés alors que la définition exclut les scores moyens ;
- les échantillons sont difficilement comparables (données régionales dans certaines études contre nationales pour d'autres).

3.2.1.10.2.1. *En Europe*

Une vaste enquête, réalisée par l'European General Practice Research Network (EGPRN), a été mise en place dans 12 pays européens pour étudier et déterminer la prévalence de l'épuisement et les facteurs associés [210].

Les résultats étaient les suivants :

- le *burnout* semble être un problème commun à l'Europe, 43% des répondants ont déclaré avoir des niveaux élevés d'EE, 35% un niveau élevé de DP, et 39% un faible sentiment d'AP, avec des scores moyens respectivement de 24%, 7%, 37%.
- 12% des répondants ont des scores élevés dans les trois dimensions, 21% en ont deux et seul un peu plus d'un tiers serait épargné des trois dimensions.
- 32,4% ont l'intention de changer de métier.
- la satisfaction au travail est très basse (5,5%), basse (9,9%), moyenne (22,6%), haute (30,6%) ou très haute (9,1%).
- le travail universitaire semble associé à un faible EE mais aussi à un faible AP, l'absence de nouvelles qualifications à un EE élevé.

Ces taux sont très variables entre les pays. Des biais culturels semblent exister surtout pour les réponses dans le domaine de la dépersonnalisation, déshumanisation de la relation.

Le taux de réponse plutôt faible dans certains pays et l'incapacité à atteindre une taille d'échantillon suffisante affaiblissent la puissance de cette étude.

Cependant, les pays d'Europe du Sud semblent avoir des niveaux d'EE plus faible mais ces derniers ont aussi un faible sentiment d'AP. L'épuisement émotionnel est élevé en Bulgarie, Italie et Angleterre, tandis que la dépersonnalisation est élevée en Grèce, Italie et Angleterre.

3.2.1.10.2.2. *Aux États-Unis*

Le score de dépersonnalisation est plus fort qu'en Europe [170]. Cette notion est sûrement mieux acceptée aux États-Unis que dans les pays européens.

*Si une bonne proportion de médecins ne semble pas ressentir de sentiment d'usure, il est également vrai que d'autres semblent avoir un épuisement émotionnel élevé.
En France, quasiment un médecin sur deux souffre de burnout. Il semble en être de même à l'étranger.*

3.2.1.11. Profil du *burnout*

Il est difficile d'établir des conclusions quant au rôle des variables socio-démographiques sur l'apparition du *burnout* car les études multivariées ont des résultats divergents [239].

3.2.1.11.1. Le rôle de l'âge

Il est très discuté dans la littérature, les résultats sont souvent non significatifs que ce soit en France [227] ou à l'étranger [90, 153].

Ainsi, pour certains, l'âge ne serait pas lié au *burnout*.

Cependant pour d'autres, les personnes les plus jeunes seraient plus sensibles à la déshumanisation [27, 79, 140, 151, 209], les plus âgés au manque d'accomplissement

professionnel [140, 183, 209]. La dévalorisation de soi serait de plus en plus grande au fur et à mesure des années [183].

À noter dans certaines études, un pic de *burnout* chez les jeunes installés (moins de 5 ans) correspondant sûrement à l'écart entre l'idéal qui motive l'entrée et la découverte du terrain [183]. De la même manière, il existe un pic de dépersonnalisation en début de carrière (la plupart des études s'accordent pour dire les cinq premières années) qui diminue avec l'ancienneté professionnelle [183, 229]. Les médecins plus jeunes manqueraient de capacités d'adaptation, seraient plus soumis à l'insécurité professionnelle et à l'ambiguïté de rôle.

Les internes sont également souvent touchés par le *burnout*. Ceci serait lié en partie à l'impossibilité de choisir la ville où exercer, celle-ci étant imposée, à un nombre de week-ends libres mensuels inférieur ou égal à deux, à un niveau de responsabilité insuffisant, à des problèmes d'addiction (TCA, alcool, toxiques), à la désillusion, à la difficulté à trouver un équilibre entre vie privée-vie professionnelle (couples séparés géographiquement, perte du soutien de la famille et du réseau amical antérieur, difficultés financières) [34]. Tous ces éléments font de l'internat une période critique et c'est pendant l'internat que ce construit le médecin de demain.

3.2.1.11.2. Le rôle du sexe

Le rôle du sexe sur l'apparition du BOS est lui aussi controversé, beaucoup de résultats étant là encore non significatifs que ce soit en France [247] ou à l'étranger [76, 151, 153].

Certaines études avancent le fait que les femmes seraient plus touchées [33, 145, 227, 229], pour d'autres se seraient les hommes [66, 140].

Les résultats varient en fonction des dimensions étudiées.

Les femmes auraient un moindre épuisement professionnel et une moindre dépersonnalisation que les hommes [52, 64, 140, 210].

Ceci peut s'expliquer réciproquement par le fait que les femmes médecins ont une charge quantitative de travail significativement inférieure aux hommes médecins (travaillent moins de jours/semaine, moins d'heures/jours, moins de patients/jour) et par la différence de

socialisation des rôles sexuels. Truchot l'attribue au fait que les femmes au cours de leur enfance ont des rôles plus « maternants » et les hommes des rôles plus « masculins » [232]. Ogus, lui, l'explique par des attitudes plus « attentives émotionnellement » chez la femme et plus « instrumentales » chez les hommes [144].

Malasch, Snibbe et d'autres rejoignent le concept d'une moindre déshumanisation chez la femme mais constatent un épuisement émotionnel fort qui pourrait s'expliquer par la difficulté matérielle et affective à concilier vie privée-vie familiale, ou à une implication plus importante des relations émotionnelles à l'égard des malades, par une moindre maîtrise de leur travail (capacité à sélectionner les patients, efficacité dans le travail, connaissance médicale, organisation du cabinet, constitution carnet d'adresses) [33, 145, 209].

Il est noté que l'accomplissement personnel ne semble pas varier en fonction du sexe.

3.2.1.11.3. Le rôle du statut marital

La situation de famille des médecins (en couple/célibataire/avec ou sans enfant à charge) est souvent demandée dans les différentes études sur le sujet.

Il serait licite de supposer à la manière de Maslach que le support social marital apporte un soutien émotionnel de bonne qualité qui diminue l'incidence du *burnout* [140].

Mais bien que quelques études retrouvent des taux de *burnout* élevé chez les célibataires, la majorité des études ne retrouvent pas cette variable comme facteur de risque.

Les résultats sur la vie maritale sont souvent non significatifs sur le *burnout* [108, 151, 227, 228] bien qu'il ressorte que la vie en famille ait un effet positif sur le moral et soit corrélée à la satisfaction au travail [244].

Les médecins dont le conjoint se trouve dans la même situation (indépendant avec des horaires de travail irréguliers) sont plus épuisés émotionnellement [52].

Il apparaît cependant que le conflit entre la vie de famille et la carrière est une source de stress pouvant favoriser le *burnout* [76, 89, 127], mais ce résultat n'est pas systématiquement retrouvé [227].

Dans la même lignée, il n'est pas noté de corrélation entre épuisement professionnel et nombre d'enfants à charge [26].

Certains auteurs considèrent que le fait d'avoir des enfants à charge est protecteur du BOS. Les médecins ayant des enfants sont obligés chaque jour de mettre un moment leur travail de côté pour être avec leurs enfants [52].

3.2.1.11.4. Le rôle du lieu d'exercice

Pour certains auteurs, l'installation en milieu rural serait associée à des taux d'épuisement émotionnel plus élevés qu'en milieu urbain [90, 183, 227], mais plusieurs études trouvent des résultats non significatifs [33, 108, 228, 229].

3.2.1.11.5. Le rôle de la catégorie professionnelle

Les données divergent. Pour certains, l'EE et la DP ne varient pas en fonction de la discipline, en revanche les généralistes ont un plus faible AP que les spécialistes. D'autres concluent que le médecin généraliste est plus atteint par le *burnout* que le médecin spécialiste [161].

Enfin, le fait de travailler seul ou en groupe pour certains n'avait pas d'influence sur le BOS [33].

3.2.1.11.6. Le rôle de la personnalité

Des travaux ont permis de rechercher s'il était possible de déterminer une personnalité ou des traits caractéristiques liés au *burnout*. Il faut rester prudent dans l'interprétation de ces études.

D'après Freudenberger, il ressort un profil type de sujet prédisposé : « *d'éducation souvent rigide, compétent, inspirant confiance, il est dynamique, refuse tout compromis et s'engage tout entier à la tâche dans le but de concrétiser son idéal...il ne peut admettre l'existence de limites dans les idéaux qu'il cherche à atteindre* » « *Il s'agit d'un individu idéaliste qui s'épuise au fur et à mesure que ses illusions sont confrontées à une réalité qui résiste* » [79].

L'écart entre les « objectifs professionnels attendus » et les « objectifs réalisés », aussi appelé désillusion, peut être une source d'anxiété qui favorise l'émergence du *burnout*. Les médecins qui ne présentent aucune désillusion par rapport aux idées initiales du métier de

médecin ont le score d'épuisement émotionnel le plus bas. Les médecins présentant une désillusion avec compensation (financière, intellectuelle ou relationnelle) ont un score intermédiaire. Ceux qui présentent une désillusion sans compensation ont le score le plus élevé. La dépersonnalisation et l'accomplissement personnel ne sont pas statistiquement liés au degré de désillusion. On peut remarquer que l'environnement n'est, ici, pas pathogène en soi mais qu'il s'agit plutôt de l'écart entre lui et la perception ou les attentes du médecin.

Pour Maslach, certains types de personnalité sont plus susceptibles d'être touchés par l'épuisement professionnel. Ce sont des personnalités anxieuses chez qui l'esprit d'entreprise est prédominant sous forme d'hyperactivité et d'excès d'ambition, avec un sens de l'autocritique trop poussée, et une difficulté à déléguer les tâches. Ceci laisserait penser que les individus à l'Idéal du Moi élevé pour répondre à celui-ci choisiraient des professions exigeantes permettant la réalisation de soi et la reconnaissance par autrui mais confrontés aux réalités du travail une désillusion s'installe et le *burnout* avec elle [92].

Des études sur les personnalités des soignants atteints d'épuisement professionnel ne mettent pas en évidence de personnalité à risque. Elles permettent de définir des traits psychologiques (robustesse « hardiness ») ou des types de coping qui semblent protéger certains soignants du BOS [26].

La hardiesse décrite par Kobasa aurait une influence sur les processus d'adaptation et un effet modérateur en situation de stress. Sept études québécoises montrent une relation positive statistiquement entre le manque d'hardiness et SEP [28].

Les trois dimensions de la hardiesse sont [28, 239] :

- le sens de l'engagement, qui fait appel à la tendance de l'individu à s'impliquer pleinement dans différentes situations, à se sentir concerné par ce qui lui arrive ou par les événements auxquels il participe, ce qui donne un sens à son vécu. La personne engagée a la possibilité de demander de l'aide et l'assistance de l'autre lors d'évènements qui nécessitent un réajustement. Il s'oppose à l'aliénation et à l'abandon.
- le sens de la maîtrise, qui correspond à la capacité de l'individu, par son action et sa réflexion, de faire évoluer des situations. Il s'oppose à l'impuissance ou à la manipulation.

- le sens du défi qui permet de vivre le changement comme un stimulus important pour leur croissance et leur développement personnel. Il s'oppose à la stabilité et la méfiance.

Ce type de personnalité permettrait d'accepter, maîtriser, réduire ou tolérer les exigences externes qui menacent ou dépassent l'individu, ce qui offre à l'individu des possibilités d'adaptation plus grandes, entraînant une diminution de son stress. La solidité psychique de ces individus les rend capable de réévaluer les problèmes de manière positive, et de mieux appréhender les problèmes [28, 239].

Les *copings* peuvent être soit passifs comme l'évitement, le repli sur soi, l'isolement ou le retrait psychologique ; soit actifs comme la recherche du support social, l'esprit combatif, la croyance religieuse ou personnelle. Le *coping* est efficace, dès lors qu'il soustrait le soignant à sa souffrance, lui permettant ainsi d'avoir « l'évènement sous son contrôle » [52].

Le fait de réagir au stress de manière passive et défensive est un facteur de risque de *burnout*, alors que les réactions actives et de confrontation sont associées avec un niveau moindre de *burnout* [199].

Rotter, en 1996, a conceptualisé sous le terme « lieux de contrôle des renforcements » (locus of control) la tendance chez un individu donné à attribuer la responsabilité de ses succès ou de ses échecs à des facteurs internes (volonté) ou externes (chance, hasard, destin, d'autres personnes) [28]. D'après quelques études, le « contrôle interne » a un effet protecteur contre le stress et devient un facteur de réussite. Les sujets de type « contrôle externe » se sentent plus anxieux ou déprimés, sont plus émotifs.

Le profil du « burnout » est difficile à définir.

Les études multi-variées ont des résultats divergents sur le sujet.

3.2.1.12. Burnout et identité professionnelle

Cette notion renvoie à la signification qu'un individu donne à son travail, aux besoins, aux valeurs, aux buts qu'il cherche à satisfaire à travers sa profession. La façon dont chaque praticien aborde son métier est déterminante.

Le rapport de Truchot s'appuie sur les travaux de Cherniss de 1980 qui avait identifié 4 orientations de carrière chez les professionnels de l'aide en fonction de l'équilibre vie professionnelle/vie privée d'une part et intérêts personnels/intérêts des autres d'autre part [227].

Il montre que [227, 239, 251] :

- L'artisan aime son travail et valorise son activité. Pour eux, le travail est l'occasion d'exercer leur savoir faire ou de le développer au cours de nouvelles expériences. Ce groupe est relativement protégé du BOS.
- L'activiste social est un militant. Critique à l'égard d'une profession qu'il espère transformer, peu soucieux de son statut ou de sa sécurité d'emploi, il cherche tout autant, à travers son travail, à amener un changement social qu'à améliorer la situation de ses patients. Pour cet idéaliste, le travail représente plus un engagement qu'un emploi. Son BOS est faible et son AP élevé.
- Le carriériste, aussi dit arriviste, cherche le succès conventionnel. Prestige, responsabilité, sécurité financière, reconnaissance sociale, alimentent et dirigent ses efforts. Il souffre particulièrement du stress.
- L'égoïste « *self due* » privilégie sa vie privée à sa vie professionnelle. La sphère privée, familiale, les loisirs prennent le pas sur le travail qui n'est qu'un moyen instrumental de faire fructifier la vie privée. En conséquence les personnes qui s'inscrivent dans cette orientation s'engagent relativement peu dans leur travail. Il est le moins accompli avec un BOS élevé, une DP forte et un AP faible.

Bien sûr chacun se reconnaît un peu dans chaque portrait. Qui n'a pas ressenti à la fois l'exaltation du carriérisme, le confort de l'égoïsme, l'envie passionnée de changer le monde de l'activiste et celle d'être au plus près de ses patients qui anime l'artisan ? Mais il semble bien qu'à un moment donné de son activité professionnelle, une des identités domine les autres.

Deux orientations semblent animer majoritairement les aspirations initiales des médecins: d'une part le modèle de l'artisan, d'autre part celui de l'activiste (plus de 80% des médecins à

eux deux). Au fur et à mesure de l'évolution de la carrière, si les artisans et les arrivistes changent peu, les activistes diminuent d'autant plus qu'augmentent les égoïstes [126, 227].

Truchot va plus loin : il montre que l'orientation actuelle des médecins n'est plus aussi majoritairement activistes et artisans mais qu'il existerait une orientation de type égoïste pour 43,6% d'entre eux [227].

Les médecins montrent de plus en plus tôt un désengagement en passant d'une orientation tournée vers le social à un repli sur la sphère privée.

Ces résultats n'ont pas été comparés à d'autres professions, ils ne permettent pas de conclure sur la spécificité au médecin ou sur un mouvement sociétal plus large. Ils interrogent cependant sur l'association orientation égoïste/ exercice de la médecine, mais aussi sur l'association orientation égoïste/BOS et leurs conséquences [81, 227].

3.2.1.13. *Burnout* et conséquences

Les conséquences du *burnout* sont nombreuses : individuelles, interindividuelles et collectives [13, 183, 251].

3.2.1.13.1. Au niveau individuel

Les médecins peuvent présenter des états dysphoriques, des troubles somatiques atypiques, des troubles du sommeil, une asthénie. Les médecins touchés ont une prévalence augmentée d'addictions (addiction de soutien et de compensation), de dépression, et de troubles anxieux avec une diminution de leur qualité de vie (moins de vacances) et celle de leur entourage (répercussions familiales avec parfois divorce). Ce qui en dit long sur la spirale infernale dans laquelle s'inscrivent certains médecins et l'évolution possible vers le suicide.

Sur le plan des addictions, il existe une corrélation significative entre l'épuisement émotionnel et l'utilisation de substances psychoactives [33, 225].

Les substances sont utilisées pour combler la sensation de vide, la frustration et apaiser les tensions liées à la difficulté à traiter les patients, lesquels sont les symptômes de l'épuisement

émotionnel. Cette corrélation est plus forte lorsque le niveau d'épuisement émotionnel augmente ce qui signifie qu'en réponse à cette charge émotionnelle, les médecins préfèrent actuellement prendre des produits pour les aider à faire face avec toutes les conséquences qui les accompagnent [225].

Une autre étude, URML Île-de-France, montre une surconsommation d'alcool-tabac et de médicaments chez les médecins menacés par le BO versus les médecins non menacés avec respectivement 14.6/3.5% et 15.7/5.1% [82]. En revanche, ils prennent moins de vacances (90,6% versus 96%) et fréquentent moins les groupes de pairs (19,9% versus 22,4%).

Des chercheurs se sont intéressés à la physio-psychopathologie du *burnout* et ses conséquences physiques à long terme. Dans une étude cas-témoins, le *burnout* était associé à une augmentation du risque relatif de développer une maladie coronaire chez les hommes (RR=3,1) et les femmes (RR= 3,4) [146]. Les hypothèses soulevées pour expliquer cette observation ont été : un dysfonctionnement métabolique avec augmentation du cholestérol total, du LDL et des triglycérides ; une dérégulation de l'axe hypothalamique avec augmentation du cortisol [147].

3.2.1.13.2. Au niveau interindividuel

Le syndrome de *burnout* diminue leur empathie et la qualité des soins qu'ils délivrent à leurs patients. On trouve une irritabilité, une distanciation interpersonnelle, et une possible prise en charge défectueuse des patients.

Combot et d'autres précisent les conséquences d'un stress chronique sur le médecin (dépression dans 27% des cas) et sur la relation médecin-malade (baisse de la qualité des soins (50%), des manifestations d'irritabilité (40%) des erreurs n'occasionnant pas la mort (7%) ou l'occasionnant (2%), mais aussi des examens et des traitements inappropriés, des abus sexuels et des comportements pathologiques [33, 45, 64, 154].

3.2.1.13.3. Au niveau collectif

Les conséquences se présentent à travers l'absentéisme élevé, l'inefficacité, l'appréhension devant les responsabilités, et l'augmentation des dépenses de santé...mais surtout les départs prématurés.

En 2001, le ministère belge de la santé et de l'environnement a mis en évidence qu'en moyenne 30% des femmes médecins quittent la profession après cinq ans de pratique [52]. En 2003, une enquête de l'URML de Bretagne montre que 44% des médecins généralistes interrogés veulent changer de travail [14], il en est de même pour 58% des médecins interrogés dans l'enquête de Cathebras en 2003 [33] et 51% des médecins répondants dans l'enquête de l'URML de l'Ile de France de 2007 [82].

À savoir, le niveau élevé d'épuisement professionnel est associé à des regrets sur le choix de la carrière médicale, il n'est donc pas surprenant que le désir de reconversion soit plus fréquent chez les médecins ayant un niveau élevé de BOS [33].

Le syndrome de burnout a une conséquence grave : la perte de sens de son travail.

3.2.1.14. Burnout et suicide

Une étude de cohorte transversale et longitudinale de 2 ans s'est intéressée à la prévalence d'idéation suicidaire chez 4287 étudiants en médecine américains de sept universités différentes et au lien qu'elle pouvait avoir avec le *burnout*, la dépression et la qualité de vie perçue [60]. Des questionnaires anonymisés électroniques ont permis d'avoir un taux de réponses de 52%. 49,6% ont répondu aux critères du *burnout* et 11,2% admettaient avoir eu une idéation suicidaire durant l'année écoulée. L'étude montre que le *burnout*, la qualité de vie, et la dépression prédisent la présence d'une idéation suicidaire durant l'année suivante.

La relation de causalité entre le *burnout* et les suicides n'est pas formellement prouvée, mais les chiffres tendent à établir une corrélation assez importante entre pression au travail et risque suicidaire [35, 201].

Le suicide peut être l'expression ultime du burnout

3.2.2. LA FORMATION MÉDICALE

La formation médicale, en France, est une formation longue et difficile [124].

L'entrée dans les études médicales se fait la plupart du temps à travers les performances

scientifiques des bacheliers. Les jeunes bacheliers, fiertés de leurs parents, se dirigent à la faculté de médecine parfois sans avoir vraiment réfléchi au métier de médecin.

La première année les déroutent.

De bons élèves de leurs classes, ils se retrouvent dans un amphithéâtre immense où les cours sont perturbés par les redoublants. Dès lors, pour franchir le cap de la 1^{ère} année, ces étudiants sont soumis à un travail intellectuel lourd car l'échec après 2 ans oblige l'étudiant à choisir une toute autre voie. Année de bachotage et de lutte fratricide, l'écart est grand entre la représentation de la médecine et du relationnel qui caractérise son exercice et qui motive la plupart du temps le choix de cette filière et cette 1^{ère} année. Le numérus clausus et l'émergence subséquente d'un climat de compétition et d'individualisme nuisent certainement aux relations humaines. La compétition tue la solidarité du groupe. Chacun est seul face à la charge de travail des études et à la nécessité non pas seulement de réussir mais de se placer en ordre utile. Le stress est la 1^{ère} épreuve à laquelle ils sont soumis, un certain nombre ne s'en remet pas.

La première année franchit, le combat ne s'arrête pas là, les étudiants vont devoir s'affronter pour l'examen national classant où le choix de leur spécialité dépendra de leur rang et non de leur motivation. Pour ceux d'entre eux qui ont franchi ces obstacles, l'internat et la découverte de l'exercice hospitalier est enfin l'occasion de se confronter à un travail clinique véritable, où le fantasme de soigner et de guérir peut se déployer.

Mais c'est aussi parfois la prise de conscience de certaines inadéquations : l'écart entre les aspirations et la réalité sur le terrain [124, 137]. Le **décalage entre l'idéal de l'étudiant et la réalité quotidienne** conduit à l'effondrement du rêve humaniste. Cependant, beaucoup d'étudiants en médecine nourrissent l'espoir que plus tard, ils seront récompensés par un équilibre de vie et que celle-ci sera heureuse. Le médecin formé à retarder la gratification continue cette approche au détriment de sources de satisfaction pour lui [150].

En effet, la formation promeut **investissement professionnel, performance et compétition**, ce sont les « *workaholics normes* » [41, 150, 211]. Elle pousse les médecins à endurer la privation de sommeil, privation à l'origine à la fois de fragilités cognitives et affectives. Le médecin se doit d'être en permanence au maximum de ses capacités.

La hardiesse suggérant endurance, solidité et robustesse psychique, est valorisée [170, 175]. L'endurance se manifeste lorsque le médecin doit tenir le coup, peu important les carences de l'organisation et son état personnel (fatigue, épuisement, maladie). La solidité et la robustesse psychique s'expriment au travers de l'hyperactivité professionnelle lorsque le médecin ne peut plus diminuer sa charge de travail, même s'il la juge excessive, voire dangereuse pour lui et ses patients. Ses moyens de défenses deviennent la norme voire un critère de sélection ou de rétention des médecins. Ils conduisent à la perte de la solidarité collective, au déni de la maladie, des vulnérabilités personnelles et plus généralement de la souffrance des autres médecins.

Une thèse de médecine présentée à Reims en 2003 soulignait le mal être chez la moitié des étudiants en fin de cursus. Ceci se traduisait par une évolution de leurs motivations initiales et une remise en cause de leur choix de carrières. Ainsi plus de 20% des étudiants ne referaient pas d'études médicales [126].

Aux Etats-Unis, Kirsling et Kochar ont examiné les problèmes psychologiques rencontrés par les étudiants en médecine à savoir des épisodes de troubles cognitifs, de colère chronique, de cynisme et des désordres familiaux [114]. Ils les désignent comme des signes de détresse qui montrent que la formation médicale doit être méditée.

En Australie, Willcock a étudié une cohorte d'étudiants en médecine depuis leur dernière année d'université jusqu'à la dernière année d'internat de médecine [244].

Il a démontré qu'il existe une augmentation significative des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation en fin de cursus. En début d'internat, les étudiants ont « une image héroïque d'eux mêmes », sont « altruistes » et pensent avoir « le pouvoir de guérir », alors qu'en fin de cursus ils sont devenus réalistes et sont plus empreints à la désillusion, ce qui favorise l'épuisement émotionnel.

3.2.3. L'EXERCICE MÉDICAL

Tout d'abord, il convient de rappeler que la majorité des médecins sont satisfaits de leurs conditions de travail. Cependant un certain nombre se plaint de **facteurs stressants et de contraintes** inhérents à la pratique de la médecine [41], à savoir les exigences professionnelles, la relation médecin-malade, l'interface vie privée-vie professionnelle.

La raison pour laquelle certains professionnels les supportent fort bien et pas les autres reste inconnue.

Selon un sondage réalisé par l'Ordre des Médecins fin 2002, la moitié des médecins a le sentiment que les conditions générales de l'exercice se sont détériorées depuis 5 ans [154]. Selon les médecins, cette évolution est liée au comportement des patients (1/3) mais plus encore au risque de procès pour erreur médicale (2/3) et à la dégradation de l'image médicale (1/2) [154].

Dans une étude menée par Levasseur en 2003 auprès de médecins bretons, il apparaît plusieurs types de facteurs de stress : la surcharge de travail, la crainte des erreurs médicales, l'insatisfaction par rapport à la profession et le conflit de rôle entre carrière et vie professionnelle [127].

Il convient de rappeler qu'aucune relation n'a été faite entre ces facteurs stressants et les taux de suicides élevés. Cependant, ces conditions d'exercice stressantes pourraient, par accumulation, conduire à l'émergence d'une souffrance voire de troubles mentaux chez des médecins vulnérables [40].

3.2.3.1. L'exigence professionnelle

Les exigences professionnelles sont nombreuses : réalités administratives, comptables, politiques et judiciaires. Être médecin de nos jours, c'est être gestionnaire « d'une micro entreprise » avec des modalités très évolutives et sans cesse changeantes nécessitant formation, évaluation, convention, informatisation... [81]. C'est un (beau) métier stressant.

3.2.3.1.1. Les contraintes administratives

Les contraintes administratives apparaissent comme un poids important du stress [33, 82, 89, 143]. **L'excès de paperasserie** administrative est souvent cité dans les études comme facteur stressant. Un des premiers signes de désorganisation et de stress réside dans l'accumulation

des papiers et des problèmes matériels. La mise en danger financière, du cabinet pour les libéraux par exemple, signe un malaise très grave [85].

3.2.3.1.2. Les contraintes judiciaires

Les médecins voient leur **responsabilité accrue** et ce d'autant plus que des recommandations de bonnes pratiques se multiplient [101].

Les praticiens craignent de plus en plus des **mesures judiciaires** [33, 81, 89, 90]. Les procès sont en augmentation. Le risque de procès pour **erreur médicale** est redouté par des 2/3 des médecins sondés dans une enquête de 2002 [154]. L'enquête SESMAT confirme ces chiffres : la majorité des médecins (58,6%) déclarent être souvent ou toujours « préoccupés par la crainte de faire des erreurs » [66]. La responsabilité même sans faute est une épée de Damoclès lourdes de menaces.

Les médecins qui font face à des poursuites en justice, à une plainte ou à une enquête considèrent que la plainte devant l'ordre ou l'enquête est plus stressante que la poursuite en justice. Parmi ceux qui ont déjà fait l'objet d'une enquête menée par un organisme de réglementation, 67 % des répondants ont jugé l'expérience stressante ou très stressante [84]. Le médecin est une seconde victime avec une souffrance souvent sous évaluée et une atteinte narcissique profonde. Le regard des autres confrères est parfois peu confraternel, le médecin victime est jugé comme incompetent dans un univers compétitif. L'erreur mal vécue, mal débriefée, entraîne des mécanismes de défenses qui sont eux-mêmes des sources de nouvelles erreurs.

Christensen et al ont mené des entretiens auprès de médecins afin de connaître l'impact des erreurs sur eux, ils ont pu montrer une grande détresse [42].

Les médecins, même s'ils ont conscience de l'omniprésence des erreurs dans la pratique clinique, arrivent difficilement à en parler à des collègues, ils expriment souvent un manque de soutien de leurs collègues quant à leurs préoccupations [23, 78].

Beaucoup de suicides chez les médecins font suite à des réclamations pour faute professionnelle [7].

3.2.3.1.3. La charge de travail

Les médecins font face à une charge de travail difficilement maîtrisable [127].

Le nombre de médecins diminue, alors que les besoins de la population vieillissante augmentent. Les écarts de répartition se creusent sur le territoire, augmentant la charge de travail.

La surcharge de travail peut être **quantitative** (travail sous pression du temps, nombre important de patients à suivre, horaires chargés) ou **qualitative** (sensation d'incapacité à bien réaliser le travail, faute de compétence ou de temps).

Plusieurs auteurs mettent en avant le **rythme excessif** de l'activité avec un temps de travail moyen de 57,5 heures par semaine sans oublier les gardes et leur corollaire, la fatigue, non forcément accompagnées du « repos de sécurité » [14, 64, 81]. Dans ce domaine, le médecin est encore vu comme tout puissant capable d'abattre une grosse charge de travail. Ce rythme serait d'autant plus difficile qu'il est marqué par de nombreuses interruptions.

La profession de médecin exige une **grande disponibilité qui « enferme » le praticien 24H/24H.**

Dans l'étude URML Bretagne de 2003 [14], on constate que :

- 8 médecins sur 10 ont le sentiment de devoir souvent ou **toujours se dépêcher** et moins d'un médecin sur deux considère qu'ils disposent d'un temps suffisant pour effectuer correctement son travail (nouvelles exigences des patients, demandes d'information, nouvelles tâches de prévention, dévoreuses de temps).

- 91% des répondants déclarent devoir fréquemment **interrompre une tâche** en cours (consultation) pour en effectuer une non prévue (**téléphone**, urgence).

- 85% des médecins généralistes déclarent pouvoir faire une pause de 15 minutes au cours de la journée mais la moitié d'entre eux ne peut choisir le moment de cette pause.

- 75% reconnaissent emporter chez eux du travail, 94% déclarent travailler certains jours ou semaines plus tard que prévu. Dans 80% des cas, c'est pour faire face à la gestion de situations complexes.

- Interrompre leur travail une demi-journée supplémentaire dans la semaine si le besoin se fait ressentir n'est possible que pour 55% d'entre eux, beaucoup devant fermer le cabinet à défaut de trouver un remplaçant.

Beaucoup de médecins (84%) estiment effectuer parallèlement **des actes qui ne relèvent ni de leur fonction ni de leurs qualifications**. Il s'agit de tâches liées à la prise en charge sociale (96.4%) ou médicale (53.6%) des patients, à l'information et à l'éducation du patient (64.3%), à la coordination des soins (58.3%) ou à la gestion du dossier patient (56%) [14].

Le médecin ne peut pas être sur tous les fronts.

Inversement avec le paiement à l'acte et la T2A, les médecins sont amenés à voir le plus de patients possibles en un minimum de temps afin d'atteindre un revenu acceptable [33]. Il convient de rappeler que les médecins généralistes ont un revenu horaire parmi les plus bas des médecins libéraux [69].

3.2.3.1.4. Les contraintes financières

De nombreux médecins sont confrontés à des difficultés financières.

Il leur faut rembourser un emprunt hypothécaire, l'emprunt d'emménagement du cabinet et un éventuel prêt d'études. Ceci constitue un poids certain et diminue la marge de manœuvre de l'intéressé. En effet, si un jour ils souhaitent changer son mode de vie, les échéances financières l'en empêchent et ils se sentent prisonnier d'une situation déplaisante.

Une étude Française auprès d'un échantillon de 770 médecins explique le malaise des médecins par le poids financier, notamment la lourdeur des charges sociales (77% des médecins interrogés) [4].

3.2.3.1.5. La difficulté à trouver des remplaçants

Dans une enquête en Île-de-France, 52% des médecins interrogés ont du mal à trouver des remplaçants [4]. Les médecins ayant une activité libérale ont des difficultés à trouver des remplaçants pour pouvoir prendre des vacances ou faire des formations.

Les remplaçants, eux, sont libres de choisir entre diverses propositions de remplacement:

- en fonction de la rentabilité,

- en fonction de l'exercice en cabinet de groupe où ils pourront bénéficier de l'étayage des confrères installés en cas de difficulté,
- en fonction de la possibilité de ne remplacer que certains jours de la semaine, en lien avec leurs charges familiales, ayant le choix entre un travail de 4 semaines sur 4 ou de rotations hebdomadaires certains jours.

De plus, être remplaçant signifie exercer sans être obligés financièrement à une installation qui peut être leur pose problème, soit parce que leur conjoint est lui-même dans une carrière susceptible de modifications géographiques, soit que leurs enfants en bas âge les autorisent à surseoir à une activité plus lourde ou encore que l'incertitude de l'avenir de la profession les pousse à un attentisme prudent [124].

Tout ceci est probablement à l'origine du développement d'une nouvelle « spécialité » : le remplacement.

Par ailleurs, lorsqu'ils rentrent de leurs vacances, les médecins remplacés retrouvent bien souvent une quantité non négligeable de dossiers d'ALD ou autres documents administratifs que leurs remplaçants n'auront pas constitués en son absence, s'accomplissant à assurer les consultations et les soins.

3.2.3.1.6. La solitude de l'exercice / le manque de reconnaissance

La solitude de l'exercice professionnel ou le compagnonnage insuffisant sont également souvent mis en avant comme facteurs de stress, stress qui peut s'expliquer par l'absence de conditions positives pour le médecin (**manque de gratifications et de reconnaissance de la part de supérieurs hiérarchiques, manque de supervision, d'enseignement et de soutien professionnel**) ou par la présence de conditions négatives (**relations avec les interlocuteurs professionnels difficiles ou conflictuelles, objectifs mal définis, ambiguïté des rôles**) [27, 33, 76, 124, 176, 182, 227].

Le manque de reconnaissance de la part des supérieurs hiérarchiques est un facteur particulièrement important, encore plus que les mauvaises relations entre collègues de travail.

En effet, l'identité du sujet adulte passe par la reconnaissance de l'autre : dans le champ social, cette reconnaissance passe notamment par le travail. De nombreuses personnes ont des vies affectives appauvries et ne tiennent que par la reconnaissance dont ils sont l'objet dans le cadre professionnel.

Le soutien reçu au travail est déclaré insatisfaisant par 65,2% des médecins interrogés dans l'enquête SESMAT [66].

Le soutien social est décrit comme venant possiblement de quatre sources différentes : les supérieurs hiérarchiques, les collègues, le conjoint, et les proches. Une étude montre que parmi ces quatre sources de soutien, ce sont les supérieurs hiérarchiques qui, par leur soutien, ont une influence sur le *burnout* [189]. Un soutien par les supérieurs hiérarchiques diminue en effet les niveaux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et augmente le niveau de sentiment d'efficacité professionnelle.

3.2.3.1.7. Médecin : économe de la santé

Le médecin doit jongler **entre économie de la santé, consumérisme du patient et accès aux soins** [154].

45,5% des médecins interrogés dans l'enquête SESMAT déclarent leur insatisfaction quant à leurs possibilités de donner aux patients les soins dont ils ont besoin [66].

Il existe un déséquilibre entre ce que le médecin veut faire en tant qu'individu, son engagement de par ses fonctions et ce dont il dispose : autrement dit entre le quotidien, l'idéal du professionnel et l'image sociale [69].

Cette incapacité d'offrir aux patients, dans les délais voulus, les soins que le médecin voudrait leur offrir et qu'il sait nécessaires, est aussi appelée « **souffrance éthique** » [175].

Pierre Klotz définit une typologie fondée notamment sur les degrés [115] :

- d'ajustement du médecin aux attentes et parfois aux exigences des patients et aux siens ;
- d'ajustement aux capacités qu'il s'attribue ;
- d'esprit critique envers les enseignements reçus et de la littérature médicale ;
- de prise en compte plus ou moins prioritaire des intérêts, légitimes ou non, des patients, par rapport à ceux de la collectivité et aux siens propres.

De plus, les médecins disent vivre de plus en plus péniblement la pression des caisses d'assurance-maladie, la taxation des feuilles de soins papier, les injonctions à diminuer fortement les prescriptions d'arrêt de travail et la suspicion jetée sur la capacité des médecins à choisir les meilleures thérapeutiques.

3.2.3.1.8. La perte d'autonomie

L'augmentation des contrôles, illustrés par la multiplication des recommandations, des références médicales opposables et guidelines, peut être perçue comme une réduction de l'autonomie médicale et une perte de contrôle sur son exercice.

De nombreuses études montrent que le soutien à l'autonomie mène à des conséquences affectives, cognitives et comportementales positives. Le besoin d'autonomie réfère au désir d'être à l'origine de ses propres comportements et de ressentir une cohérence entre ses valeurs et ses comportements.

3.2.3.1.9. L'explosion des connaissances médicales, de la technologie et leurs limites

Le développement phénoménal de l'industrie pharmaceutique et des médicaments qu'il faut connaître, les connaissances scientifiques dont il faut se tenir à la pointe faute d'être dépassé peuvent être à la source d'une surcharge adaptative aux exigences du travail.

Il existe une discordance entre un **savoir faire techno-scientifique médical** qui vise à l'universel, valable pour tous, et la vérité singulière d'un sujet malade [52].

Dans leur pratique, les médecins sont confrontés à des **difficultés diagnostiques**, à des **inefficacités thérapeutiques**, aux **limites des connaissances médicales** et aux décisions qui en découlent [85]. Parfois, le médecin a la nécessité de prendre des décisions vitales sur la base d'informations ambiguës [33]. Ces limites sont des sources importantes de stress chez le médecin [90, 145].

En devenant de plus en plus scientifique et plus efficace, la médecine est tentée d'aller plus loin, de réussir encore plus de guérison, de repousser encore plus les limites des possibles. Le médecin réussit souvent mais pas toujours.

La mort est toujours là. Les progrès font oublier que la vie est vie et mort. Il est ainsi demandé à la médecine de répondre à des questions auxquelles elle ne peut donner de réponse. Elle

rend encore moins tolérable la maladie et la mort et nourrit l'illusion mégalomane des médecins, rôle de toute puissance que la société impose. Ne pouvoir soigner la mort n'est pas une impuissance, c'est une impossibilité.

Il se met en place un double paradoxe : le malade accepte de moins en moins d'être malade et le soignant se sent de plus en plus coupable de ne pas guérir [251]. Il convient de rappeler que l'objectif d'un soignant n'est pas la guérison mais la prise en charge : le médecin doit mettre en œuvre le traitement le plus adapté, le plus expérimenté, alors que pour le malade, la guérison est ce que lui doit la médecine. **Le médecin a une obligation de soins, de moyens mais non de résultats** [251].

Être conscient des limites du pouvoir médical et de ses ressources sont des éléments propres à réduire le stress. Trop souvent, les soignants sont très exigeants à l'égard d'eux-mêmes et ont de la peine à se mettre des limites. Winnicott avait introduit le concept de la « mère suffisamment bonne » [246] personne ne demande aux médecins d'être des mères parfaites et ils n'ont pas à l'être. Il s'agit d'être une mère suffisamment bonne qui prodigue des soins adéquats en étant sensible aux besoins de l'enfant. Dans le domaine du soin, le devoir du médecin est de guérir les malades qui le peuvent et de soigner les autres [216].

3.2.3.2. La relation médecin malade

D'après l'URML de Bourgogne, dans 68,5 % des cas, les relations avec les patients sont citées comme étant sources majeures de stress et de tension. Ce pourcentage ne comprend pas la surcharge de travail liée aux demandes de consultation [208].

3.2.3.2.1. La vocation

Les vocations, certains le regrettent, ne sont plus [27].

Une des hypothèses est que la vocation, dans sa double dimension sociale et religieuse, possédait un fort pouvoir défensif vis-à-vis de l'épuisement émotionnel. C'étaient des soignants totalement dévoués à leurs malades, auxquels ils sacrifiaient toute vie personnelle. Solides et compatissants, capables de comprendre et de soutenir toute détresse humaine jusqu'à en être presque inhumains tant ils frôlaient la sainteté, ces personnages ont quasiment

disparu bien que chacun d'entre nous en connaisse encore. Nous ne sommes plus dans des conditions sociales de soignants à vocation. Les valorisations ont changé. En disparaissant, la vocation a laissé les soignants nus sans protection et sans les bénéfices secondaires qu'elle apportait ne serait-ce qu'en termes d'admiration et de reconnaissance.

3.2.3.2.2. La démystification de la relation

Il convient de rappeler pour commencer que le statut du médecin est remis en cause : **l'identité du médecin est démystifiée** [40]. Il existe une altération ressentie de l'image du médecin qui n'est vu que comme l'interlocuteur technique et scientifique du moment. On assiste à une modification des représentations sociales après le temps des malades, puis des patients, vient celui des usagers de droit « on peut exiger du médecin, on peut l'agresser » [85, 252].

3.2.3.2.3. Les exigences des patients

Les patients ont des attentes de plus en plus grandes.

De plus en plus exigeants, ils peuvent être à l'origine de relations génératrices de stress qui peuvent être réparties comme suit : ils agressent (16%), demandent des visites de façon non justifiée (13,2%), font des demandes excessives, harcèlent (8,5%), manquent de respect, oublient des rendez-vous (7,1%), posent des difficultés au moment du paiement (2,8%), sont non compliant (2,3%) ou entament des poursuites judiciaires (1,3%) [228].

Les demandes de l'entourage se font elles aussi de plus en plus présentes [33, 89, 154].

3.2.3.2.4. Le harcèlement des patients

Le **harcèlement de la part du patient**, accompagné de violences verbales et/ou physiques lors des consultations, est à l'origine d'une altération importante de la relation patient-malade.

Le nombre croissant des incidents a conduit l'Ordre des Médecins à mettre sur pied en 2003 un Observatoire de la sécurité des médecins pour répertorier les agressions dont sont victimes les médecins.

De la même manière, un Observatoire National des Violences Hospitalières (ONVH) a été créé en 2005 [252]. Un commissaire de police y est chargé de la coordination et de l'évaluation des politiques de prévention et de sécurisation.

Les objectifs de ces observatoires sont de [252, 255] :

- Recueillir les déclarations d'agression des médecins pour évaluer le niveau d'insécurité subie sur le terrain,
- Créer et renforcer les coopérations de sensibilisation et de traitement des incidents avec les autorités concernées (Justice, Sécurité intérieure, Police, Gendarmerie, Santé et Collectivités Locales),
- Améliorer ainsi prévention et traitement des agressions à l'encontre des médecins et de leurs salariés.

L'ONVH a fait état des faits signalés entre 2006 et décembre 2010 [91] (tableau 14).

Tableau 14 : Faits signalés à l'ONVH de 2006 à 2010 [91]

Année	2006	2007	2008	2009	2010
Nombres de faits signalés	2690	3253	3433	4742	5090

Ces chiffres et cette hausse sont à prendre avec prudence.

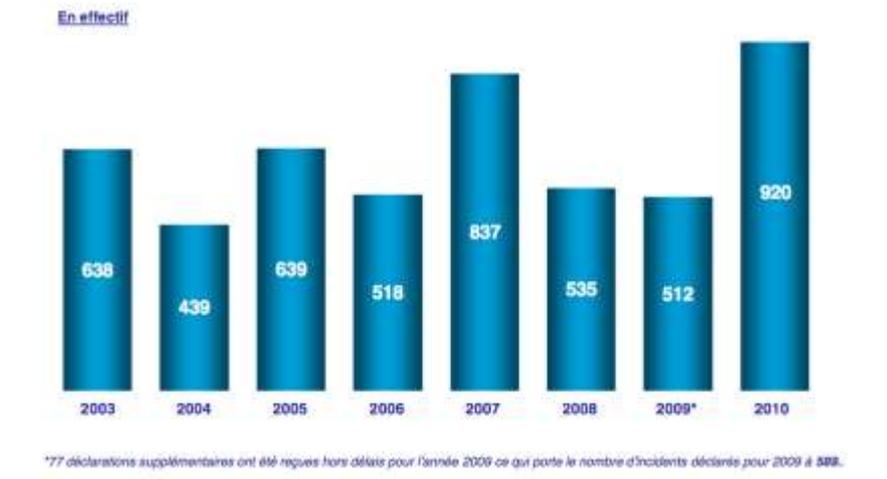
D'une part, tous les établissements ne déclarent pas les agressions ou pas de la même manière. D'autre part, il ne faut pas négliger le décalage entre le ressenti et la réalité, il existe un seuil de tolérance propre à chacun et différent aussi selon les établissements.

De plus, les signalements de violence sont davantage réalisés en raison de la politique incitative mise en œuvre par le Ministère de la Santé qui permet de mettre à la lumière des événements qui auparavant étaient non divulgués. En effet, le seuil de tolérance s'est peut-être abaissé car ces phénomènes de violence ou d'agressivité apparaissent de moins en moins tolérables, notamment en raison des communications réitérées sur cette problématique.

De la même manière, la publication des résultats 2010 de l'Observatoire de la sécurité des médecins révèle une augmentation considérable des déclarations de violences en 2010, elles

ont bondi de 80% [255] (figure 2).

Figure 2 : Nombre de déclaration d'incidents par an à l'Observatoire de la sécurité des médecins depuis 2003 [255]



Les agressions verbales et les menaces qui représentent la majorité des cas de violence, sont en hausse et sont au plus haut depuis la mise en place de l'Observatoire avec 63% des incidents déclarés [255] (figure 3).

Figure 3: Nombres d'incidents déclarés par les médecins à l'Observatoire de la sécurité des médecins depuis 2003 [255]

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Effectifs	%														
S/T Agressions verbales et menaces	277	43%	207	47%	332	52%	224	43%	395	47%	282	49%	294	57%	576	63%
S/T Vols ou tentatives de vols	174	27%	102	23%	145	23%	151	29%	238	29%	131	25%	120	23%	231	25%
S/T Agressions physiques	97	15%	72	16%	89	14%	73	14%	108	13%	81	11%	81	16%	121	13%
S/T Vandaliame	81	13%	53	12%	63	10%	53	10%	90	11%	59	11%	50	10%	112	12%

T

Total supérieur à 100, plusieurs réponses possibles.

Les généralistes sont particulièrement exposés (567 cas en 2010 soit 62%) [255]. Un sur trois serait victime de violence. Plus souvent sur le terrain et au contact de la population, parfois à des heures tardives et dans des quartiers où la sécurité fait défaut, ils se retrouvent souvent en première ligne.

Parmi les spécialités, ce sont les ophtalmologistes (7%), les médecins du travail (4%) et les psychiatres (3%) qui sont les plus touchés par la violence. Par ailleurs, les résultats démontrent une augmentation du nombre de femmes médecins victimes d'agressions (43% en 2010 contre 37% en 2009) [255].

La Seine Saint-Denis se place en tête avec 79 actes déclarés. Les incidents en centre-ville ont été multipliés par deux (461 en 2010 contre 230 en 2009). Le milieu rural n'est pas épargné non plus (150 contre 83 en 2009) [255].

Ces actes de violences sont le fait des patients dans 80% des cas, ou des personnes accompagnantes (15%) [252]. De même, plus il y a de personnes (patients, accompagnants) au même moment autour du médecin, plus l'agression est potentiellement intense [252].

À noter que les raisons invoquées pour justifier les incivilités en 2010 sont la mauvaise prise en charge, une réponse du médecin non conforme à la demande du patient (reproche relatif à un traitement, refus d'une prescription spécifique, d'une demande de certificat ou d'un arrêt de travail), le temps d'attente trop long ou une tentative de vol [252, 255].

Ses incidents peuvent être parfois à l'origine d'interruptions de travail. Un incident sur dix donne lieu à un ITT (chiffre relativement stable) [255]. Selon le rapport Costargent de 2001, la proportion d'arrêts de travail consécutifs à des violences subies par des médecins dépasse celle des salariés du régime général [154]. Certains auteurs pensent qu'ils sont sous-estimés, les médecins se plaignant peu et déposant rarement plainte.

Sans doute faut-il considérer qu'un très faible nombre d'incivilités et d'agressions sont rapportées, en dehors des périodes de sur médiatisation du thème de la sécurité. D'autres chiffres révèlent en effet que le phénomène serait plus important. Dans le cadre de l'étude « Santé et satisfaction des médecins au travail » (menée chez les hospitaliers) 28,9 % des praticiens ont déclaré « avoir été l'objet de violence des patients ou de leur famille au moins une fois par mois » au cours de l'année écoulée [66].

De même, il convient de rappeler qu'en France, 40 médecins ont été tués durant leur travail en vingt ans dont 12 femmes [81, 154].

Cette montée de l'insécurité, surtout urbaine et péri-urbaine, ces dernières années, a conduit à la cessation progressive des visites à domicile en particulier lors de la garde médicale. Le paysage de la prise en charge des urgences par le secteur libéral continue à se modifier avec le regroupement des praticiens de garde au sein de « maisons médicales », et avec le transport des patients depuis leur domicile jusqu'à ce lieu d'examen [124].

Un numéro de téléphone dédié a été mis en place par l'Ordre des Médecins de Paris, **le 01 53 73 92 02** en cas de « danger ou menace imminente » [81].

3.2.3.2.5. L'engagement tacite remis en question

La relation médecin-malade est également alourdie par le fait qu'autrefois elle résultait d'un engagement tacite basé sur une confiance mutuelle entre le médecin et le malade. Aujourd'hui, cet engagement est remis en question par le **devoir de preuve, le devoir d'information et de transmission des dossiers médicaux** (Principe de précaution et la loi du 4 mars 2002) [85, 154].

C'est au professionnel de santé d'apporter la **preuve de l'information**. Remettre au patient un document qui retranscrit le risque de l'acte ne suffit pas, l'information, claire et appropriée, doit nécessairement être délivrée oralement au patient au cours d'un entretien individuel. Pour avoir une valeur probatoire, le document doit être signé par le patient. Le médecin doit écrire dans le dossier du patient qu'il a donné une information orale. Ces modifications ont entraîné des problèmes de responsabilité juridique, elles induisent une stratégie de médecine défensive.

Les connaissances et informations médicales sont de plus en plus partagées avec le patient. Internet donne diagnostic et traitement, ceci interfère avec l'information que le médecin se doit de donner au malade. Parfois il sera pris au dépourvu par le patient et ses nouvelles connaissances, voire poussé dans ses retranchements [124].

3.2.3.2.6. Le secret médical

Le médecin est censé ne partager avec personne les confidences qu'est venu déposer son patient. Il est contraint au secret médical. C'est particulièrement aigu pour les médecins qui travaillent seul, sans possibilité de secret partagé. Dans certains cas, la lourdeur des secrets et leurs impacts affectifs usent petit à petit le médecin d'autant plus que les supervisions sont souvent inexistantes.

3.2.3.2.7. Le transfert de la souffrance

Selon le petit Larousse, la souffrance se définit par le fait de supporter quelque chose de pénible : endurer, subir [164].

Par sa relation au malade, le médecin est **confronté à la douleur, à la souffrance, à la maladie, à l'invalidité et à la mort**. Assumer plusieurs décès par semaine, poser des décisions d'arrêts thérapeutiques, être tout simplement confronté à des accidents de vie, participer aux progrès de la médecine et en vivre les échecs est lourd de conséquences. Être médecin suppose un engagement relationnel exigeant tant cognitivement qu'émotionnellement [26]. Ce transfert d'angoisse et de souffrance est souvent difficile.

Ces situations régressives induites par la peur de la maladie compliquent parfois les rapports avec le patient : dépendance maternelle, assujettissement paternaliste, copinage fraternel, rejet, agressivité...[85] Des sentiments de colère, de frustration, d'impuissance, associés à une auto-protection, conduisent les médecins à prendre de la distance et par là leur ôtent la satisfaction de la relation médecin-malade.

Le médecin confronté aux souffrances existentielles des êtres qu'il doit soulager souffre lui-même d'une crise d'identité [27]. Il peut subir des réactivations de deuils anciens non élaborés. Cette notion doit être explorée, analysée et recadrée. C'est avec l'expérience que l'on apprend à mettre un peu de distance, à ne pas se mettre « à la place de... », mais pour autant on n'en reste pas moins humains, et c'est là toute la difficulté. Le médecin doit avoir suffisamment de recul pour traiter avec toute sa conscience, sa compétence et son intelligence, son patient, sans se confondre dans une empathie ou une sympathie inefficace [52].

Ruszniewski [193] suggère que le soignant, selon sa propre façon d'être dans la relation au malade, et les émotions vécues lors des accompagnements, oscille entre deux extrêmes :

- L'identification qui est la forme maximale de l'empathie (nécessaire pour que le soignant soit à l'écoute du malade), cette identification est source de stress et peut faire souffrir le soignant, l'épuiser émotionnellement.
- La distanciation qui est la fuite : le soignant évite de souffrir de trop en se protégeant de manière excessive, et laisse ainsi le malade seul face à sa souffrance. Il existe différentes distanciations :
 - o la généralisation : le soin n'est plus individualisé, la routine prend place ;
 - o la réassurance : des paroles faussement optimistes, dans le déni de la réalité du malade ;
 - o l'évitement : par un investissement de la technicité, l'hyper-activisme,
 - o l'instrumentalisation du malade ;
 - o la banalisation : la souffrance et la mort suggèrent indifférence, désintérêt de la part des soignants.

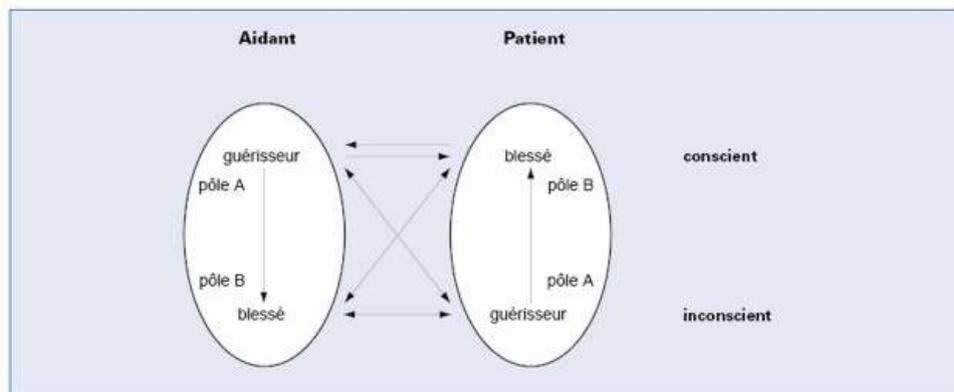
Trouver en permanence la distance émotionnelle « suffisamment bonne » est rude. Il faut savoir « se prescrire » mais comme pour un médicament, il faut savoir respecter la posologie et ne pas dépasser la bonne dose [28].

3.2.3.2.8. La définition même de la relation médecin-malade

3.2.3.2.8.1. *Comme archétype guérisseur-blessé*

Pour Tricot, la relation thérapeutique peut s'analyser comme un couple au sein duquel existe deux pôles : d'un côté le pôle thérapeute, médecin, aidant et de l'autre le pôle patient, malade, aidé [49, 226]. Il reprend le concept de Chalverat qui définit la relation médecin-malade à travers la dynamique de l'archétype « guérisseur/blessé » où l'actualisation du pôle guérisseur chez le praticien et l'actualisation du pôle blessé chez le patient créent la relation thérapeutique [37, 226]. La notion d'archétype selon Jung se définit comme étant une forme potentielle, virtuelle, innée de l'être humain [112]. L'aspect polaire de l'archétype du guérisseur-blessé prend une place toute particulière, dans le sens où au départ, un des deux pôles se trouve dans l'inconscient, et cela de manière inversée. Le schéma ci-dessous aide à comprendre la dynamique qui s'installe dans la relation entre aidant et aidé quand cet archétype est constellé [37, 226] (figure 4).

Figure 4: Dynamique de l'archétype « guérisseur-blessé » [37]



Les travaux de Guggenbuhl-Craig considèrent la relation médecin-malade comme une rencontre médecin guérisseur et patient blessé [37, 93]. Pour favoriser la guérison, le médecin tente de mobiliser le côté soignant du malade. En revanche, le soignant porte aussi en lui des blessures, d'une certaine manière ce dernier devient le « frère » du malade plus que le maître. Ainsi, le patient blessé peut, en même temps qu'il est soigné par le médecin, contribuer à soigner le soignant de ses blessures [93]. Cette rencontre est une richesse d'un côté comme de l'autre.

Mais l'acceptation par le médecin de son pôle blessé peut également l'empêcher de trouver la distance exacte avec son malade : soit il s'implique trop dans le problème du patient qui devient son problème, soit le mal-être généré par les résonances de son propre cas le conduit à une attitude neutre, non juste, voire même agressive vis-à-vis du malade, jugé comme responsable de son mal-être [226]. Lorsque le sujet s'identifie totalement et sans aucune distance à sa fonction, quand il se produit un collapsus identificatoire entre le sujet et sa fonction, qui n'autorise plus aucun espace pour un minimum de jeu et de distance, le risque de souffrance du soignant est important [257]. Pour éviter cela, il est nécessaire que l'aidant reste relié à sa part blessée, à savoir reste en lien avec ses fragilités, ses ombres et ses faiblesses et se garde de l'illusion d'avoir une fois pour toutes tout résolu [37, 226].

Le médecin doit être sensible aux moments d'identification (perte de différenciation entre soi et l'autre conduisant à l'expérience d'être l'autre), au contre-transfert positif ou négatif (expérience interpersonnelle qui trouve son origine dans l'histoire du clinicien), et à la

collusion (régression inconsciente à un problème personnel non résolu, en l'occurrence partagé par le patient et le médecin) [216].

3.2.3.2.8.2. *Comme altruisme*

Le médecin altruiste, sacrifiant sa vie pour les autres et choisissant ce métier par « vocation », a-t-il disparu [135]? L'image du médecin altruiste remonte au christianisme quand le médecin a pour mission caritative de secourir le malade. Dans ce contexte l'altruisme est la disposition, la propension désintéressée à se consacrer et à aimer son prochain. Mais les médecins sont-ils réellement désintéressés lorsqu'ils exercent leur métier ?

Selye a une vision intéressante de l'altruisme [206]. Il l'appelle « *l'égoïsme altruiste* ». Les êtres humains ont tous le désir égoïste de demeurer en vie et d'être heureux. C'est le trait caractéristique le plus ancien de la vie. « *Depuis le plus simple des microorganismes jusqu'à l'homme, toutes les créatures vivantes doivent, avant tout, protéger leurs propres intérêts. L'altruisme peut être considéré comme une sorte d'égoïsme collectif qui aide l'esprit de communauté, en ceci qu'il engendre gratitude. En inspirant à un individu le désir de vous voir réussir, par reconnaissance pour ce que vous avez fait pour lui, et pourrez faire encore, vous attirez sa bonne volonté. C'est peut-être la façon la plus humaine d'assurer notre sécurité (homéostasie) dans la société* ». Pour Selye, cet égoïsme altruiste est un moyen de conduire à une coopération, paisible et satisfaisante pour tous, entre les cellules, les organes, les gens et mêmes les sociétés qui sont en compétition.

Mais l'altruisme peut aussi résulter d'un besoin de réparation narcissique, en donnant aux autres ce qui a fait défaut pour soi [27]. Les professions à caractère relationnel satisfont les propres besoins du sujet en lui offrant la possibilité d'être utile, mais aussi en lui permettant ainsi de se (re)construire une identité en développant son estime de soi. L'identité professionnelle construira à son tour l'identité personnelle en mal de réalisation. L'objectif sous-jacent est d'acquérir la certitude d'être aimé, et de se sentir par ce moyen exister.

3.2.3.2.8.3. *Comme coût bénéfice*

Truchot définit la relation médecin-malade comme une relation cherchant à maintenir un équilibre entre l'investissement (coût) et le bénéfice (gain) que chacun va retirer de cette

relation [229]. C'est la théorie de l'équité. Le gain pouvant être représenté par le salaire, le plaisir, la reconnaissance, le bien être, l'expérience acquise, inversement l'énergie, le temps dépensé, la fatigue représenteraient le coût. Selon une de ses études [229] : 17,3% des médecins ont un sentiment d'équité par rapport à la relation avec leur patient, 27,4% se définissent comme sur bénéficiaires, et 55,3% se sentent comme sous bénéficiaires, ces derniers ont un risque d'épuisement professionnel plus important. Le sentiment que la relation médecin/patient est déséquilibrée, voire inéquitable est très fort.

3.2.3.2.8.4. *Comme offre et demande*

De nos jours il existe un déséquilibre grandissant entre la demande et l'offre de soins, favorisant ainsi la surcharge de travail. Les médecins moins nombreux, souhaitent s'investir moins dans leur activité professionnelle pour profiter de leur vie personnelle et familiale, tandis que les patients sont plus consommateurs de soins et le seront de plus en plus en vieillissant [135].

<p><i>Le médecin doit gérer les attentes des patients, de ses pairs, de l'État, mais aussi de sa famille</i></p>
--

3.2.3.3. **L'interface vie professionnelle – vie personnelle**

Pour répondre aux exigences professionnelles, et effectuer au mieux la relation médecin-malade, le médecin se doit de travailler dur, souvent aux dépens de sa vie personnelle et de ses loisirs. Il existe un conflit entre carrière et vie personnelle [40, 41, 76, 89, 90, 127, 155, 227]. Le médecin peut se sentir coupable de s'offrir du temps en dehors de la médecine.

Après une longue journée de travail et d'écoute, à jongler avec les multiples formulaires à remplir, les appels téléphoniques et les quelques situations difficiles, il rentrera chez lui. Épuisé...parfois le temps de route pour rejoindre sa famille va lui permettre de décompresser un peu pour arriver disponible, parfois il va être accueilli par des enfants déjà au lit et une compagne qui le trouve bien tardif (absence ou retard reproché) car elle veut évoquer avec lui les problèmes de l'école et des enfants. Le stress est d'autant plus présent qu'il existe des problèmes avec un/des enfants, (l'enfant qui ne fait pas ses nuits, l'adolescent en crise qui

requiert de l'attention) ou des parents vieillissant (malade, hospitalisé), demandant plus de temps [124].

L'interface vie privée-vie professionnelle est difficile à gérer et peut être parfois à l'origine d'une **désintégration familiale** ou d'une manière plus globale d'un **rétrécissement du réseau affectif et social**.

Ainsi, parfois à la mise en danger professionnelle s'ajoute la mise en danger conjugale et familiale [85].

Les conflits conjugaux jouent un rôle important dans les suicides des médecins [3]. Le divorce, la conjugopathie, le veuvage sont associés à des taux élevés de suicide chez les médecins [178]. Il convient d'ailleurs de rappeler que les taux de divorce chez les médecins sont 10% à 20% supérieurs à la population générale et que les conflits conjugaux y sont très nombreux [1, 7, 12, 33, 187, 211]. Les médecins dont les relations de couple sont difficiles ou instables ont souvent reproduit le modèle d'une relation médecin-patient plutôt que de voir leur conjoint comme un partenaire [211]. Un article écrit que les couples mariés constitués d'un médecin sont souvent des « mariages malheureux » [150].

Selon une étude des années 80, les conjointes des médecins présenteraient également un taux de suicide plus élevé que la population en général [195].

Weiner a montré que la capacité à maintenir des liens familiaux est un fort indice de bien être psychologique [242]. Stack parle de facteur protecteur lié à l'état civil : marié [213].

La famille du soignant peut être un facteur potentiel de stress en lui reprochant d'être trop peu présent ou au contraire en entretenant même inconsciemment, l'image du super héros.

3.2.3.4. La spécificité de la femme médecin

Les femmes médecins se suicideraient en moyenne quatre fois plus que dans la population générale [3, 5, 35, 171].

Bien que concordantes, il convient de rappeler que les données épidémiologiques sur le suicide des médecins femmes proviennent de petits échantillons, ce qui peut constituer un biais méthodologique [40].

3.2.3.4.1. Les exigences parentales

Les femmes, en dépit de l'évolution des sexes, ont toujours tendance à jouer sur les deux fronts : **exigence de la médecine et responsabilité parentale** notamment en ce qui concerne la garde des enfants [33, 101, 145, 150, 197].

Les conflits travail-famille pourraient être source de stress chez les médecins femmes [150]. Les horaires imposent des contraintes voire des sacrifices, disproportionnés aux mères de famille. Johnson et al ont constaté que dans les mariages entre deux médecins, les femmes étaient plus susceptibles de faire des **aménagements dans leur carrière** que leurs conjoints pour s'occuper des enfants. Ceci rejoint les conclusions de Carr et al qui ont trouvé que les hommes et les femmes médecins sans enfant avaient une évolution de carrière équivalente, le fait d'avoir un enfant serait un frein à la progression des carrières des femmes médecins [31]. De plus, la prévalence de femmes médecins victimes de violence conjugale est élevée, sans que l'on puisse donner précisément de chiffres [212].

3.2.3.4.2. Le harcèlement sexuel

Schernhammer propose une autre explication et rappelle que le **harcèlement sexuel** pourrait rentrer en ligne de compte pour expliquer le fort taux de suicide des praticiens féminins [200]. Il fait référence à une étude de 1998 publiée par les Archives of Internal Medicine qui révélait que 37% des femmes médecins s'étaient senties au cours de leur carrière sexuellement harcelées. L'étude confirmait un lien entre certaines dépressions et les harcèlements sexuels les plus sévères. Schernhammer préconise une plus grande égalité entre les sexes au sein du corps médical [200].

3.2.3.4.3. La perception du suicide

Une enquête faite par Duberstein et al a examiné la **perception de la rationalité dans le suicide** chez 114 médecins : pour 61% le suicide pouvait être un choix rationnel dans

certaines circonstances [58]. Fait intéressant, les femmes étaient plus nombreuses à appuyer cette thèse, ceci pourrait faire écho avec la tendance plus majoritairement suicidaire chez les femmes médecins.

3.2.3.4.4. Les désordres affectifs, la dépression et les addictions

De même, Welner montre une prévalence importante de **désordres affectifs** chez les femmes médecins, notion déjà développée par Pitts qui pourrait là aussi expliquer en partie le risque suicidaire plus élevé [171, 243]. Enfin, il a été montré que les femmes médecins seraient plus souvent **dépressives** [242] et consommeraient **plus de médicaments** [23].

3.2.3.4.5. La faible estime de soi

Miller défend l'idée que les femmes ont besoin de « relations réciproques », caractérisées par l'empathie, la compassion et le soutien [149]. Ce mode relationnel est incompatible avec la compétitivité, la promotion et l'avancement professionnel figurant traditionnellement dans la formation médicale. Ceci ajouterait un stress professionnel pour les femmes médecins.

3.2.3.4.6. Le mode de fonctionnement médical

Les femmes médecins présenteraient selon l'étude de Mc Murray un plus haut degré de satisfaction avec le choix de leur spécialité et avec leurs patients mais elles sont moins à l'aise avec l'autonomie, les relations avec la communauté et l'argent [145].

Les médecins femmes soignent plus de patients de sexe féminin et plus de patients avec des problèmes psychosociaux complexes comparés à leurs collègues masculins. Elles passent plus de temps par patients comparés aux médecins hommes mais dépensent moins de temps aux tâches organisationnelles. Les médecins femmes ont une implication plus importante dans la relation émotionnelle à l'égard de leur malade [33].

Les femmes gagnent proportionnellement moins que les hommes médecins.

3.2.3.5. La spécificité du psychiatre

La discipline psychiatrique peut être particulièrement stressante [116, 164].

3.2.3.5.1. Le spectre des émotions

Le psychiatre est en quelque sorte son propre « outil de travail », et un large spectre d'émotions parfois intenses intervient dans le travail clinique.

Toute relation médecin-malade provoque des ressentis tels que le sentiment de vouloir sauver le patient, la frustration quand la maladie du patient progresse ou ne répond pas au traitement, l'impuissance face à la maladie, la peur de devenir soi-même malade, ou l'envie d'éviter les patients pour éviter ces sentiments. En psychiatrie en particulier, ces émotions peuvent être intensifiées [116].

Le contact prolongé avec les maladies bipolaires, les dépressifs chroniques, les suicidaires récidivants, les obsessionnels compulsifs, les névrosés anxieux, les schizophrènes délirants chroniques, les troubles du comportements extrêmes pourraient entraîner, s'il n'y prend pas garde, le soignant dans ses propres abîmes, son propre noyau psychotique ou dépressif.

Par identification projective, le psychiatre est impliqué dans son vécu d'être humain (et si j'avais la même maladie, si ça arrivait à mes parents, mon enfant ...). Le psychiatre est amené à régler un certain nombre de problématiques personnelles dues à sa propre ontogenèse (ce qui dépend de notre histoire personnelle) et à sa propre phylogenèse (ce qui appartient à notre histoire familiale et collective).

Les besoins et les demandes de ces patients sont forts et exigeants. Il y a les demandes cachées parfois inconscientes, les demandes hors cadre, les demandes claires du départ qui se transforment au fil du temps [52]. Une des tâches du psychiatre et de son patient est de décoder au fil des entretiens quelles sont et quelles ont été ces demandes, de quels signifiants passés et actuels sont elles porteuses.

De plus, le soignant est projeté face à des questions éthiques, morales, émotionnelles, psychologiques. La question de la mort, de la maladie, de la souffrance, de l'inégalité, des pulsions interdites, taboues, refoulées (inceste, viol, suicide, sexualité, perversion, pulsion de

meurtre, toxicomanie) deviennent répétitives et prégnantes au fil des jours et des consultations [52]. Leurs répétitions sont porteuses de charge émotionnelle laquelle peut consumer le soignant et ce d'autant plus si aucun espace de parole n'existe.

Il convient de rappeler que le psychiatre est soumis au plus haut taux de patients suicidaires.

3.2.3.5.2. La souffrance

Pour les soignants en psychiatrie, la souffrance est, si on peut le dire ainsi, leur matière première [164].

Les psychiatres sont à l'avant-poste pour recevoir la souffrance psychique des patients.

Qu'ils soient en mal de vivre, délirants, persécutés, maniaques, tous expriment leurs maux d'une manière ou d'une autre. « *La souffrance psychique arrive à nos oreilles de soignants, il faut que nous la repérions. Pour ce faire, elle doit dépasser ce qui fait la norme en nous, ce qui nous semble acceptable, ou normal* » (Morazs, 1999) [152].

Comme toute personne, le soignant met en place des mécanismes de défense. Ils traduisent une volonté de lutte et d'évitement psychique pour se protéger. Par exemple, on parle du mécanisme de l'isolation. Il consiste en une représentation désaffectivée facilitant le contact avec la souffrance comme une mise à distance, limitant l'implication émotionnelle du professionnel. On note également la sublimation : c'est le fait de dériver un effort d'élaboration et d'intérêt intellectuel, l'énergie psychique mobilisée par la rencontre de pathologies renvoyant à la mort ou à ses propres failles.

Ainsi, face à des situations de violences physiques et verbales, des difficultés de prise en charge par le soignant ou par l'équipe, le désarroi de familles en souffrance dans l'incompréhension ou dans le rejet du proche, dans des situations où mêmes les mots restent vains, le soignant peut rester seul avec ses difficultés.

Heureusement, même si souffrance il y a, le professionnel, le plus souvent, tire plaisir de son travail. Par son métier, le psychiatre met en acte les désirs et les motivations qui l'ont amené à devenir et à rester soignant. C'est le besoin de soigner, de réparer et de se dévouer à l'autre ;

mais aussi le désir d'acquérir un savoir médical, de légitimer par ce savoir un pouvoir pour accéder à ce qu'il y a de plus intime chez l'être humain.

3.2.3.5.3. Le traumatisme par procuration

Le *vicarious traumatization* est décrit chez les thérapeutes qui prennent en charge des victimes survivantes à des traumatismes importants comme des agressions sexuelles, inceste, viols, pédophilie [52].

Les thérapeutes exposés de manière répétée aux récits et images imprégnés d'émotions inquiétantes, d'horreur et de cruauté caractéristiques des traumatismes ou agressions de forte gravité peuvent éprouver des effets psychologiques profonds, douloureux qui peuvent persister pendant des mois ou des années après le travail avec ces patients traumatisés.

Les thérapeutes sont affectés sur leur capacité de tolérance, de confiance, de puissance, sur leurs besoins psychologiques fondamentaux, leurs croyances, leur intimité, sur leur présence physique dans le monde, sur leurs ressources, leur sécurité, et leur estime d'eux-mêmes.

3.2.3.5.4. Les patients psychiatriques

Les patients psychiatriques, notamment toxicomanes, sont considérés comme difficiles car il est fréquent qu'ils ne suivent pas les conseils des soignants, qu'ils interrompent leur traitement, qu'ils rechutent, qu'ils ne tiennent pas leurs promesses, qu'ils mentent, qu'ils soumettent les aidants à un chantage affectif, qu'ils soient agressifs.

Les besoins et les demandes de ces patients sont forts et parfois exigeants [164].

3.2.3.5.5. La violence en psychiatrie.

Il apparaît que le problème de la violence des patients psychiatriques est une réalité et que ladite violence peut être facteur de souffrance pour les soignants [164]. La violence en établissement psychiatrique est spécifique car elle se rapporte à l'expression d'une pathologie mentale.

3.2.3.5.6. La pression sociale et politique

Il est vrai que depuis le début du siècle, la psychiatrie a fait des pas de géant, encore plus vers le début des années 1970 [164].

L'apparition des traitements neuroleptiques a considérablement aidé les malades pour se stabiliser dans leur quotidien. Pour le soignant, c'est un outil médiateur de la communication. Le traitement est présent pour calmer la crise, l'équilibrer de manière à rentrer dans la relation d'aide pour encourager la verbalisation et ainsi mettre des mots sur les maux. Les soins se sont transformés pour que le patient prenne toute sa place, et soit pris dans son individualité la plus entière.

La politique de santé mentale de secteur instaurée par la circulaire du 15 mars 1960, a permis à l'hôpital d'ouvrir ses murs, de développer le suivi extrahospitalier et donc d'étayer un travail de resocialisation, de réinsertion au sein de la société.

Néanmoins, il est clair que le rôle de l'institution a changé face à la pression sociale et politique. Le désengagement de l'État par le démantèlement du service public, diminue la protection qui devrait être accordée par la société pour ce type de public. Cela se traduit par une augmentation du nombre de prise en charge à court terme avec de moins en moins de personnel, des pressions hiérarchiques visant à matérialiser et quantifier le soin à travers des protocoles et des procédures, et par la limitation de notre libre arbitre et de notre imagination de professionnel. Cela peut amener à négliger et ne plus se concentrer sur l'essentiel : la qualité de la prise en charge. Cela conduit à un sentiment de dépersonnalisation de l'identité soignante [164].

De plus, les normes sécuritaires sont grandissantes, et pour éviter à tout prix que les "malades mentaux ne viennent troubler l'ordre public", certaines mesures paraissent aberrantes au sein même de l'hôpital : certains établissements sont gardés par des maîtres-chiens et leurs compagnons, les services sont surveillés et contrôlés par caméras et autres détecteurs de mouvement pour éviter fugues et trublions.

L'image véhiculée par les médias n'arrange rien et est totalement en décalage avec la réalité de la maladie psychiatrique.

Dernièrement, une loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a été votée. Elle s'applique au 1^{er} août 2011. Il est trop tôt pour en mesurer l'impact sur l'organisation des soins.

4. PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DU MÉDECIN SUICIDANT/SUICIDAIRE

Il est assez habituel de dire qu'un médecin malade doit être traité comme tout autre patient. S'il est convenable de tenir cette position, il existe pourtant des défis dans la prise en charge psychiatrique du médecin-patient.

4.1.PRISE EN CHARGE DU MÉDECIN SUICIDANT/SUICIDAIRE

La prise en charge des médecins suicidaires est difficile, du fait de leur appartenance même au corps médical. Les difficultés se situent aussi bien au niveau du médecin suicidant que du médecin soignant. La relation thérapeutique entre le médecin devenant patient et son collègue devenant soignant est un véritable défi pour les deux protagonistes.

Du point de vue du médecin patient, comme cité précédemment, les études montrent que les médecins sont peu disposés à admettre la maladie. Ils ont peur que la révélation de leurs problèmes de santé les ruine professionnellement ou financièrement. Ils ont besoin de conserver une image de succès, de force et de stabilité pour eux-mêmes, mais aussi pour leurs patients et le reste de la société [217]. Ils mettent à distance leurs symptômes et quand ils finissent par admettre leur état de malade, ils peuvent ressentir un sentiment d'échec et se sentir même coupables d'être malades [138, 234].

Du point de vue du médecin soignant, être choisi comme médecin par un autre médecin peut être gratifiant et en même temps oppressant. Le soignant va ressentir un ensemble d'émotions contradictoires. Il risque d'être dérangé par la preuve vivante que les médecins ne sont pas protégés de la maladie, représentée par son confrère malade. La relation thérapeutique peut alors être altérée par ce contre-transfert négatif [234]. Le médecin soignant peut ressentir de la colère à l'idée d'avoir un surcroît de travail en devant soigner un collègue (qui, sous-entendu, pourrait se soigner seul).

Les soins sont d'autant plus compliqués lorsque le médecin souffre de troubles psychiques, où ils s'accompagnent de déni, de banalisation, de peu de demandes et d'une fréquente résistance aux soins [40]. L'hospitalisation si elle est nécessaire est souvent refusée par craintes notamment de répercussions sur le plan professionnel.

La première partie de leur prise en charge impose une évaluation objective des troubles par un confrère. La deuxième partie consiste à définir les modalités de soin et de suivi. La troisième partie étudie la possibilité d'une reprise d'activité professionnelle dans des conditions acceptables et sécuritaires.

4.1.1. L'ÉVALUATION OBJECTIVE DES TROUBLES

Tout médecin qui présente des propos suicidaires devrait être évalué sans tarder, de préférence par un psychiatre qui n'est ni un ami ni un collègue.

Le psychiatre soignant ne doit pas être placé dans une situation de conflits d'intérêts en traitant, par exemple, une personne qui est sous sa supervision, en évaluant les troubles psychiatriques d'un de ses employés ou en traitant à la fois le plaignant et l'accusé d'une cause relative à un bris de respect des frontières d'une relation entre un médecin et son patient.

Le médecin soignant doit évaluer objectivement le médecin patient. Les difficultés rencontrées dans la prise en charge des médecins présentant une pathologie psychiatrique résident surtout dans le fait que le médecin minimise plus ou moins consciemment, par rapport à ses confrères, les signes cliniques et les éléments pathologiques ressentis.

Le médecin traitant, de préférence psychiatre, doit donc soigneusement évaluer et déceler toute tendance ou tout plan suicidaire.

Une évaluation biopsychosociale complète, faite avec empathie, devrait mettre en évidence les éléments suivants : les antécédents des troubles psychiatriques, traités ou non; les antécédents familiaux de maladie mentale; une anamnèse complète, indiquant notamment si le patient a un médecin de famille qu'il consulte de façon officielle (par opposition aux consultations de corridor et aux consultations téléphoniques auprès de spécialistes); tous les antécédents en matière de consommation d'alcool et d'autres drogues; les questions de velléités suicidaires et hétéroagressives; une évaluation du comportement au travail (perfectionnisme, identification et engagement au travail,

soutien hiérarchique), à la maison et dans la communauté; des questions relatives à l'éthique et au comportement professionnel du médecin auprès de ses patients.

Le psychiatre doit également rechercher des renseignements connexes auprès des membres de la famille du malade ou du médecin traitant si celui-ci en a un.

4.1.2. LES MODALITÉS DE SOIN

Le médecin soignant doit faire prendre conscience des troubles psychiques au médecin malade et établir par la suite un contrat thérapeutique ainsi qu'un protocole de soins avec ses différentes modalités allant du suivi externe au recours à une hospitalisation [41].

4.1.2.1. Le contrat thérapeutique

Le contrat thérapeutique a pour but de renforcer les accords thérapeutiques réalisés verbalement, relatifs à l'acceptation des indications et prescriptions faites au médecin malade par son médecin psychiatre. Le contrat thérapeutique n'a pas de validité légale mais il reste un compromis moral entre les deux parties [124].

4.1.2.2. L'hospitalisation

La nécessité **d'une hospitalisation** va être rendue très difficile compte tenu du métier de médecin. Défié malgré lui, il ne pourra aisément se faire admettre dans l'hôpital de son lieu de vie et s'il se met en arrêt de travail, sa patientèle sera vite au courant de ses problèmes de santé. Il fera tout pour dissimuler sa pathologie et retardera le plus possible les mesures d'accompagnement nécessaires.

La mise en place d'une hospitalisation, si elle est nécessaire et acceptée, suggère confidentialité, anonymat, confraternité et prise en charge spécifique [124].

Le médecin ne souhaite pas se retrouver dans une structure commune avec des patients où il sera vu de nouveau comme un soignant et interpellé par ces derniers, d'où l'idée d'encourager la création de centres d'addiction et de santé mentale dédiés aux soignants, comme il existe à Barcelone et au Québec [122, 124].

C'est la mission que s'est lancée l'APSS laquelle a abouti via les agences régionales de santé à la création de cinq unités de soins spécialisés en France [44] (p.153).

Dans tous les cas, si une indication d'hospitalisation est posée, afin de protéger la vie privée du médecin, le psychiatre traitant doit éviter d'admettre son patient dans un hôpital auquel ce dernier est rattaché.

4.1.2.2.1. La confraternité

La prise en charge d'un confrère malade est extrêmement difficile et périlleuse pour les confrères traitants, tout comme pour l'équipe soignante, car le médecin ne peut s'empêcher d'analyser sa maladie et de perturber en les influençant les procédures de prise en charge [36, 124].

Elle nécessite de la part de l'ensemble des soignants une mobilisation autour du confrère malade, afin d'éviter le piège de se laisser embarquer dans des erreurs de diagnostic ou de thérapeutique dues à la volonté consciente ou inconsciente de dissimulation du médecin malade.

Il est donc indispensable dès la prise en charge d'un confrère malade de bien lui faire comprendre que, même si traditionnellement la relation confraternelle reste privilégiée, il est utile pour une bonne prise en charge de garder la distance nécessaire entre le malade et le médecin.

Le confrère soignant va devoir adapter son comportement et son discours à cette situation particulière, tout en restant intransigeant et convaincant sur l'essentiel thérapeutique. Cet exercice délicat demande une grande vigilance et un bon sens pour amener le médecin malade à réellement transmettre toutes les informations à son confrère traitant. Pour cela, un échange sincère entre les deux doit s'instaurer et doit persister dans la poursuite de la prise en charge. Ceci reste même vrai lorsque plusieurs confrères interviennent dans la prise en charge du médecin malade.

4.1.2.2.2. La confidentialité

Le respect du secret professionnel revêt une importance capitale dans le traitement d'un médecin [156]. N'oublions pas que le médecin soignant aura été témoin de divulgation de renseignements confidentiels depuis ses années comme étudiant en médecine.

Le psychiatre traitant doit s'attendre à répondre à une foule de questions de la part de son patient à savoir :

- **ce qui sera consigné au dossier et ce qui ne le sera pas,**
- **qui sera autorisé à consulter le dossier,**
- **si les dossiers sont gardés sous clé,**
- **quelles données sont informatisées, et lesquelles ne le sont pas,**
- **si un rapport de la consultation sera envoyé au médecin qui a recommandé cette consultation (à moins que le médecin-patient ne soit venu de son propre chef),**
- **et, enfin, la nature des rapports qu'entretient le psychiatre traitant avec le collègue des médecins.**

Il convient de rappeler que le psychiatre ne doit, en aucun cas, remettre une photocopie du dossier clinique d'un patient à une compagnie d'assurances.

4.1.2.2.3. Les soins spécifiques

Son ego, souvent un peu hypertrophié, va se voir confronté à un sentiment de faiblesse bien difficile à accepter et pour lequel il va devoir s'adapter dans ses relations avec son entourage, ses confrères et les malades qu'il sera amené à rencontrer [124].

Ou parfois, le médecin malade, hospitalisé, se comporte de façon très paternaliste, et comme un conseiller mal venu par rapport au personnel soignant. Il est rejeté le plus souvent dans cette attitude, et se retrouve dans une situation difficile au niveau relationnel avec le personnel soignant ainsi qu'avec les confrères qui le prennent en charge.

Pour des courtes hospitalisations, la situation n'est pas trop délicate, mais pour des hospitalisations amenées à durer, la situation peut parfois devenir difficile et mettre en cause la qualité des traitements et de la prise en charge [124].

Il est nécessaire aussi que les médecins hospitaliers soient extrêmement vigilants sur le comportement du personnel hospitalier amené à prendre en charge un médecin malade,

expliquant en cela les difficultés ressenties d'un côté comme de l'autre dans cette prise en charge. Cette situation est d'autant plus compliquée lorsque le médecin pris en charge dans le cadre de l'hospitalisation est un médecin de l'établissement [124].

Une formation initiale pour les médecins est indispensable afin de connaître et mieux gérer les spécificités dans les difficultés relationnelles et dans les difficultés de prise en charge globales de confrères malades en particulier au niveau d'une hospitalisation [124].

4.1.2.3. Le refus d'hospitalisation

Si l'hospitalisation est nécessaire et que le médecin malade refuse, l'hospitalisation sans consentement peut être à l'origine de certaines difficultés telles la publicité dans le quartier, les forces de police et le SAMU, auxquelles iront s'ajouter la nécessité d'être hospitalisé dans le service psychiatrique voisin [124].

Malgré tout, ce médecin peut persister dans sa négation de recevoir une assistance spécialisée et, par conséquent, augmenter le risque d'une mauvaise pratique professionnelle, les risques pour sa propre santé avec ses effets sur son entourage de travail ou familial.

Il convient donc de rappeler le devoir déontologique qu'a le médecin connaissant la situation d'un médecin malade d'informer le Secrétaire de l'Ordre de Médecins qui lui est attribué [124].

4.1.3. LES MODALITÉS DE SUIVI

Les progrès de la psychiatrie permettent pour un certain nombre de patients de reprendre une activité professionnelle, passé le moment de décompensation aiguë, à condition que le sujet se soigne et bénéficie d'un suivi régulier [124]. Là encore le médecin se singularise par la grande difficulté avec laquelle il accepte d'être suivi par un confrère et d'être rigoureux dans l'usage des médicaments.

Le médecin malade doit consulter régulièrement les praticiens le prenant en charge. Ces consultations de suivi sont extrêmement difficiles à respecter et la relance par les praticiens traitants est parfois inexistante. Cet état est causé par le fait que le médecin malade, essayant

de maintenir son activité de médecin traitant au sein de sa clientèle, se refuse à perturber de façon trop évidente son exercice professionnel par des consultations qui interviennent parfois durant les journées de travail.

De plus, il est notoire que la prise de thérapeutique par les médecins est extrêmement variable et que l'observance des traitements prescrits par leurs confrères traitants est peu soutenue. Le non respect des posologies prescrites par le confrère traitant reste fréquent avec le secret espoir de minimiser les effets secondaires et de rendre apparemment plus confortable la poursuite de l'exercice, malgré la nécessité clinique.

Le psychiatre traitant doit aussi exhorter le médecin - patient à se trouver un médecin de famille le plus vite possible. Conscient des difficultés que cela représente pour son patient, le psychiatre doit être prêt à l'aider à trouver un omnipraticien qui lui inspire à la fois respect et confiance et qui accepte volontiers de traiter ses confrères.

La notion de gratuité confraternelle au long cours ou un manque de clarté vis-à-vis des honoraires à payer peut rendre la relation entre ces deux médecins encore plus gênante [217]. Le paiement de la consultation confirme son caractère professionnel et technique. Elle évite les consultations «entre deux portes» souvent superficielles et dangereuses. Le règlement des honoraires confirme au médecin malade son bon choix d'être entré dans une filière de soins bien coordonnée et organisée. De plus, notre système de protection sociale rembourse au malade, en partie ou en totalité, ces frais engagés, à la condition d'une bonne prévoyance.

4.1.4. L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Elle peut nécessiter arrêt(s) de travail, modalité(s) particulière(s) d'exercice ou nécessité d'une reconversion [124].

4.1.4.1. L'arrêt de travail

Souvent dans le cas de médecin suicidant, la première prescription c'est l'arrêt de travail.

Il est souvent difficile à faire accepter au patient, d'autant qu'il doit être suffisamment long pour qu'il puisse reprendre dans des conditions optimales. Le temps de cet arrêt doit lui permettre de « travailler sur le travail » et de prendre conscience de son problème.

Pendant, sa cessation d'activité, le médecin va devoir, assurer la gestion de son remplacement auprès de ses malades et/ou de ses collègues.

4.1.4.1.1. La prise en charge de la patientèle

L'article R.4127-89 du code de la santé publique est le suivant [249]:

« Il est interdit à un médecin de faire gérer son cabinet par un confrère. Toutefois le conseil départemental peut autoriser, pendant une période de trois mois, éventuellement renouvelable une fois, la tenue par un médecin du cabinet d'un confrère dans l'impossibilité pour des raisons médicales dévolues et graves d'assurer son remplacement ».

Trouver un remplacement est parfois difficile.

On assiste parfois à des prises en charge de patientèle extrêmement variables, et il n'est pas rare de voir ces remplaçants professionnels refuser de prendre la totalité de l'activité en charge et imposer au médecin malade, en dépit de toute confraternité, des conditions financières difficiles à tenir [124].

Plus cet arrêt de travail se prolongera plus le médecin malade vivra mal le remplacement souvent difficile, faisant intervenir de nombreux professionnels, plus ou moins acceptés par ses patients. La perte d'une partie de la patientèle sera un épisode particulièrement douloureux [124].

4.1.4.1.2. L'arrêt de maladie longue durée ou arrêts répétés

La situation risque de devenir dramatique sans une couverture en invalidité et perte de capacité professionnelle suffisante [124]. Seul un entourage familial et confraternel de grande qualité permettra au médecin malade de garder une vie satisfaisante.

La profession n'est pas suffisamment organisée à prendre en charge nos confrères en grande détresse. Il importe de se remettre en question et de réfléchir à l'aide que la profession devra apporter à nos confrères désemparés

4.1.4.2. La reprise du travail

La reprise du travail est difficile : le rythme du travail, la reprise des relations confraternelles, le retour à l'autorité mettront plusieurs semaines à se retrouver [124].

L'image perdue du « médecin toujours en forme, jamais malade » auprès de ses patients et collègues va être difficile à vivre. Son ego va se voir confronté à un sentiment de faiblesse bien difficile à accepter et pour lequel il va devoir s'adapter dans ses relations avec son entourage, ses confrères, les malades qu'il sera amené à rencontrer. Le doute qui s'est installé chez le médecin s'est aussi installé dans la relation de confiance avec les malades.

Ainsi, le retour au travail doit être facilité dès que cela est possible mais la tentation de reprendre une activité menée à temps très partiel au risque de négliger son traitement et d'aggraver la situation doit être évitée [124].

En effet, seule une reprise du travail dans de bonnes conditions confraternelles avec respect des règles déontologiques permettra au médecin malade de reprendre confiance en lui, du moins si ses capacités physiques et intellectuelles le lui permettent.

De plus, si les relations confraternelles sont restées satisfaisantes, en quelques semaines, l'arrêt maladie sera oublié par les patients qui le plus souvent accepteront de s'adapter à certaines modifications de l'organisation des soins (diminution des actes, disponibilité plus réduite, disparition de certains actes).

Afin de faciliter et soulager une reprise de travail, certains proposent des formes d'assistantat : possibilité de remplacement par demi-journée et/ou possibilité d'un assistantat partiel d'un

praticien malade avec des conditions financières satisfaisantes pour les deux parties.

Cette forme d'assistantat repose sur l'article R.4127-88 du code de la santé publique « *Le médecin peut, sur autorisation, être assisté dans son exercice par un autre médecin lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, en cas d'afflux exceptionnel de population, ou lorsque, momentanément, son état de santé le justifie* » [249].

4.1.4.3. L'incapacité à exercer

Par médecin souffrant d'incapacité, on entend un médecin incapable de pratiquer la médecine de façon raisonnablement compétente et sécuritaire à cause de ses troubles physiques ou psychologiques, y compris (mais non de façon exclusive) des problèmes liés au vieillissement, à l'alcoolisme ou à la pharmacodépendance [156].

Ainsi, certains états pathologiques - notamment mais non exclusivement d'ordre psychiatrique - peuvent poser le problème de l'aptitude du médecin à l'exercice normal de sa profession.

L'article L.460 du Code de la santé publique (CSP) précise à ce sujet que, « *dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession* », le CROM peut décider de la suspension temporaire du droit d'exercer [249]. Cette disposition est soumise à la pratique préalable d'une expertise psychiatrique, effectué par trois médecins experts psychiatres. Si celle-ci est prononcée, elle est définie sur une période déterminée, pourra, s'il y a lieu, être renouvelée.

Un médecin peut souffrir de maladie mentale sans que ses capacités professionnelles en soient pour autant perturbées. Les réponses devraient pouvoir différencier l'inaptitude totale pour dangerosité de l'incapacité partielle et aménager les conditions d'exercice ou des possibilités de maintien dans l'inscription ordinale sous conditions. En effet un médecin peut avoir une inaptitude partielle à l'exercice de la médecine pour des causes psychologiques et ce pour des raisons qui ne l'empêcheraient pas par ailleurs d'exercer la médecine autrement ou dans d'autres conditions.

Des solutions doivent être trouvées pour permettre au médecin malade de se recomposer un

statut professionnel adapté à ses difficultés.

La création d'une structure de reconversion garantissant grâce à des compléments de formation, ou des validations de formation antérieures, une réelle réorientation de carrière a été proposée [124]. L'Ordre devrait pouvoir proposer à ce professionnel un trajet, en accord avec l'université, avec l'appui de la FMC, et dans des conditions validant les acquis de l'expérience, un projet professionnel de reconversion où il pourra exercer la médecine sans faire courir de risques aux patients [124].

4.2. PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES MÉDECINS EN FRANCE

Les médecins doivent apprendre à gérer le stress dans leur vie professionnelle et personnelle de façon à demeurer en bonne santé, à maintenir leur mieux-être et à maximiser leur capacité de prodiguer à leurs patients des soins de santé de qualité.

Cette politique présente des stratégies et des recommandations qui portent sur tout un éventail d'enjeux liés à la santé et au mieux-être pendant tout le cycle de vie des médecins.

Sa mise en œuvre passe par l'engagement et l'intervention d'un grand nombre de personnes et de groupes, notamment : étudiants en médecine, internes, résidents et médecins actifs, doyens de facultés de médecine, enseignants et directeurs des programmes de premier cycle et de formation postdoctorale, décideurs des établissements de santé, représentants des organisations médicales départementales et nationales, et gouvernement.

La prévention passe déjà et surtout par la levée des tabous : les médecins peuvent être malades.

Hippocrate disait : « *Le médecin aura une bonne couleur et de l'embonpoint, car la foule s' imagine que ceux dont le corps n'est pas aussi en bon état, ne sauraient soigner convenablement les autres* » [251]. Montaigne au XVI^{ème} écrivait : « *la maladie du médecin est un scandale* » [36]. Deux siècles plus tard, Voltaire renchérisait : « *il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse* » [36].

La prévention du suicide chez les médecins est une priorité à la fois personnelle et institutionnelle.

4.2.1. SUR LE PLAN PERSONNEL

Pour être un bon médecin il ne faut pas négliger son bien-être et son développement personnel.

4.2.1.1. Développer une bonne hygiène de vie

Tout d’abord, il semble important pour les médecins de pratiquer ce qu’ils prêchent pour leurs patients à savoir une bonne hygiène de vie au travers de choses simples comme bien dormir, manger sainement, faire une activité physique, s’aménager des moments de détente, de sieste, maintenir des relations en dehors du travail et aller voir régulièrement son médecin traitant [211]. De même, un travail sur soi doit être fait et accompagné pour réduire l’utilisation des produits « relaxants » type alcool ou tabac.

A partir des différentes lectures, nous nous sommes permis de créer le tableau suivant (tableau 15).

Tableau 15: Mesures hygiéno-diététiques de prévention

<p>Alimentation</p> <p>Éviter de sauter des repas au travail. Manger cinq fruits et légumes par jour.</p>	<p>Exercice physique</p> <p>S’accorder du temps pour le sport, c’est un précieux outil pour combattre le surmenage</p>
<p>Sommeil</p> <p>Bien dormir. Nous sommes programmés génétiquement pour un nombre d’heures de sommeil donné. Respecter le sien.</p>	<p>Alcool</p> <p>Avoir une consommation modérée d’alcool. Homme : 3 verres/jour, 14/semaine Femme : 2 verres/jour, 9/semaine S’abstenir de consommer pendant 48 heures consécutives chaque semaine pour éviter la dépendance</p>
<p>Loisir</p> <p>S’accorder 5 heures par semaine de loisirs pour se protéger de l’épuisement professionnel et améliorer la qualité du sommeil [52, 211]. Œuvrer dans des groupes ou des associations non professionnelles pour s’apporter des gratifications.</p>	<p>Vacances</p> <p>Prévoir et organiser des vacances. Les périodes de vacances sont essentielles, que ce soit à la maison ou à l’extérieur du pays. Une fois les vacances terminées, la planification des prochaines devrait déjà commencer</p>
<p>Vie familiale</p>	<p>Vie sociale</p>

Prendre le temps de se retrouver en famille. Répondre à ses propres besoins et à ceux de sa famille est essentielle au bien être psychique.	Rompre l'isolement en recevant et rencontrant ses amis. Les médecins qui consacrent assez de temps à leurs proches (famille, conjoint, enfant, ami) sont plus accomplis dans leur travail [135].
Besoin affectif Respecter ses besoins et ses valeurs dans les décisions prises. Cesser de se juger et d'exiger de soi la perfection, faire preuve d'autant d'empathie et de compassion pour soi que pour ses patients.	Vie personnelle Passer du temps seul avec soi-même, sans responsabilité, sans avoir à prendre soin de quelqu'un d'autre (téléphone et ordinateur fermés). Se détendre. Prévoir un rendez-vous avec soi une journée par mois ou une soirée par semaine.

4.2.1.2. Réduire sa charge de travail

Le regroupement, le recrutement d'une secrétaire, la délégation à des personnels paramédicaux, associés à une modération de soi-même de son activité permettent de réduire sa charge de travail.

4.2.1.3. Exhorter les étudiants en médecine et les médecins à se trouver un médecin traitant :

L'accès des médecins aux soins est problématique.

L'incitation est forte à ce que les médecins ne soient pas leurs propres médecins traitants. Médecin traitant qui ne soit ni un ami, ni un proche mais avec qui il est possible de parler de stress, de dépression, de consommation d'alcool ou d'autres addictions, d'automédication même d'usage incorrect.

Cette incitation doit commencer tôt, auprès des étudiants en médecine.

4.2.2. SUR LE PLAN PROFESSIONNEL

4.2.2.1. Former les médecins au professionnalisme

Le professionnalisme et le bien-être au travail doivent être encouragés afin de développer une bonne hygiène de vie professionnelle [84, 150].

Le médecin doit apprendre à s'aménager des temps de repos et de détente. Ces formations pourraient permettre d'aider les praticiens à assumer les difficultés liées aux soins (annoncer une mauvaise nouvelle, assumer une erreur, gérer des contraintes multiples), et lutter pour la prévention des conduites addictives [81].

Elles permettraient de redéfinir les termes engagement professionnel et compétence.

4.2.2.2. Informer les étudiants et les médecins sur les risques de la profession et les programmes d'aides existants

Une information des futurs et actuels médecins sur le suicide, les états dépressifs, les conduites addictives, le *burnout*, la pratique quotidienne et l'erreur médicale serait nécessaire pour réduire la discordance possible entre ce que les jeunes médecins pourraient attendre de l'exercice de leur métier lorsqu'ils s'engagent et la réalité future, mais aussi et surtout pour les sensibiliser et identifier les médecins en souffrance [122, 250]. Elle permettrait de lutter contre les stigmates en médecine.

En Belgique, à chaque début d'année académique, le responsable du bureau des affaires étudiantes organise une rencontre de 1h30 avec toute la classe des étudiants commençant leur formation médicale [52].

Cette rencontre se fait sur l'heure du déjeuner (les étudiants peuvent y amener leur repas) afin de ne pas être intrusif dans un programme de cours très chargé. Cet échange intitulé « la formation médicale : les deux côtés de la médaille » aborde les différentes sources de stress inhérent aux études de médecine et les éduque aux différentes activités de prévention.

De même toujours en Belgique, il existe des ateliers (1h30) en petit groupe (10-15 étudiants) à deux moments stratégiques de leur formation au début du pré clinique (première année) et juste avant leur arrivée en clinique (fin de troisième année) [52].

Ce groupe est animé par un psychiatre formé au groupe Balint. Les sujets échangés sont variables : la compétition, la somme des connaissances, la désillusion et le deuil de la toute puissance, le peu de disponibilité extra médical et la culpabilité de souffrir du

temps en dehors de la médecine, la peur démesurée de l'erreur, le fait de ne pas oser partager ses difficultés de peur d'être jugé comme le plus faible, la souffrance...

Au Québec, il existe un « programme de prévention des effets secondaires de la médecine » proposé à l'Université de Laval [220] laquelle a mis sur pied comme plusieurs facultés de médecine nord américaines, un bureau des affaires étudiantes, dont les activités sont de 3 ordres : information, intervention et prévention.

En terme de prévention, il est prévu une présentation intitulée « la formation médicale : les deux côtés de la médaille » en grand groupe au début des études de médecine.

Puis des petits groupes de discussion, encadrés par une psychiatre, ont lieu aux moments stratégiques de leur formation en 1ère année et en fin de 3ème année juste avant leur arrivée à l'hôpital.

Il existe un réseau d'entraides composées d'étudiants « relais », source d'identification possible, ils sont facilement accessibles et ont un quadruple rôle : donner l'information aux étudiants demandeurs, écouter avec empathie, offrir un support temporaire à un collègue en difficulté, l'orienter si nécessaire vers la ressource appropriée et le mobiliser dans ses démarches, dépister un collègue en difficulté, le tout en respectant la confidentialité.

De plus, ils organisent la semaine de prévention des effets secondaires de la médecine chaque automne.

L'objectif est de sensibiliser tous les étudiants en médecine à l'importance de mener une vie saine et équilibrée. Il est prévu des conférences sur des « thèmes pertinents », des témoignages (un médecin malade, la vie de famille d'un médecin...), des séances de relaxation, de massage, une séance de cinéma à midi, des rencontres sociales.

L'évaluation du programme par les étudiants au fil des ans est très positive et il est noté une augmentation des demandes faites en consultation au programme d'intervention du bureau des affaires étudiantes, pouvant refléter un mode de consultation beaucoup plus précoce, une plus grande facilité à amorcer cette démarche, d'où peut-être moins de chronicisation des difficultés.

De la même manière, un module d'enseignement interactif sur la gestion et la prévention du stress, la connaissance des comportements très risqués et de leurs conséquences possibles pourrait être conçu, tout comme des plaquettes d'information et de

sensibilisation au stress, au *burnout*, aux addictions et au suicide pourrait être diffusée auprès des étudiants [251].

Les médecins en souffrance psychique et/ou en état de dépendance doivent connaître les programmes d'aide afin de favoriser la demande et l'accès aux soins.

Ils doivent avoir connaissance que cette aide demeure confidentielle et leur est donnée dans un climat qui n'entraîne aucun blâme ni aucune menace de conséquences négatives.

4.2.2.3. Favoriser la communication et les échanges au sein des équipes

Une amélioration de la communication au sein de l'équipe de travail contribue à un meilleur épanouissement professionnel et doit être favorisée le plus possible [211].

Face à une charge de travail importante, à des tâches complexes, avoir à ses côtés des collègues disponibles pour fournir une assistance concrète, un réconfort émotionnel, un encouragement, aide non seulement à faire face mais donne au travail un attrait supplémentaire. La satisfaction tirée du travail dépend souvent du soutien provenant des collègues, des proches et des amis, autrement dit des personnes avec lesquelles ils existent un partage des valeurs, des croyances et des perceptions similaires de la réalité [230].

La théorie de l'autodétermination propose qu'un environnement soutenant l'autonomie, dans lequel la perspective de l'individu est considérée, ses sentiments sont reconnus, des informations significatives et utiles lui sont fournies et des possibilités de faire des choix lui sont offertes, favorise le fonctionnement optimal des individus. De nombreuses études montrent que le soutien à l'autonomie mène à des conséquences affectives, cognitives et comportementales positives [51].

La meilleure aide est l'entraide. Il faut apprendre à partager la détresse et demander de l'aide dans une équipe. Le travail pluridisciplinaire doit être encouragé. Le médecin doit apprendre à déléguer les tâches qui n'appartiennent pas à sa fonction et se tourner vers

les personnels paramédicaux ou sociaux. Multiplier dans les hôpitaux les occasions de partages de discussion et de construction de point de vue commun constitue un moyen essentiel de prévention [124].

Estryn-Behar souligne l'importance, au sein de l'hôpital, du travail multidisciplinaire, des temps et des lieux dédiés à la concertation et à la transmission des informations [67].

Le *Team Building* ou « construction du collectif » semble être une solution pour éviter les événements indésirables notamment de type *burnout* [251]. Le *team building* est un processus permettant de développer des valeurs collectives au sein d'une entreprise, comme la cohésion, l'interdépendance, ou l'implication. Grâce à des activités à caractère événementiel, souvent de nature collective et interactive, les participants cultivent leurs facultés à travailler en équipe. Ceci peut aussi être transposé aux médecins libéraux qui parfois peuvent se sentir seul dans un cabinet de groupe, ne faisant que croiser leurs confrères sans véritables échanges.

De la même manière, les débriefing et defusing doivent être mis en place et facilités, tout comme tutorat ou compagnonnage qui peuvent prévenir l'anxiété des plus jeunes tout en valorisant la compétence des anciens [251].

La section éthique et déontologie a d'ailleurs proposé en octobre 2010, un nouvel article au Code de la Santé Publique (n°68 bis). Actuellement en cours d'examen au ministère, cet article définit le compagnonnage comme une obligation déontologique visant à transmettre les savoirs et les connaissances [119].

4.2.2.4. Modifier la formation médicale

Réduire le décalage entre l'idéal de l'étudiant et la réalité quotidienne est primordial.

Un enseignement de psychologie a été rétabli, dans le curriculum des études médicales. Sa durée reste trop courte. Les médecins confrontés quotidiennement à des drames humains et à des problèmes existentiels n'ont souvent pas été assez préparés par des études théoriques et pratiques à les analyser pour les comprendre et tenter d'y répondre [17].

La formation doit apprendre aux praticiens à remplir, en respectant l'intimité et la dignité des patients, les rôles relationnels auxquels les destine leur fonction soignante : accueillir, écouter, parler, annoncer, communiquer, analyser, informer, éduquer, rétablir des liens, relayer, consoler, reconforter, accompagner.

La sociogénèse des maladies, les représentations sociales de la médecine et des professionnels de santé, les conséquences sociales de la maladie, l'importance des inégalités de santé et leur relation avec les inégalités sociales sont aussi des thèmes intéressants à développer durant les études médicales [17].

De même, une formation philosophique et éthique sur la fonction soignante et les rôles des soignants prépare les professionnels à une indispensable réflexion sur leurs pratiques, leurs limites et leurs responsabilités vis-à-vis des malades comme de la population [17].

4.2.2.5. Développer des compétences d'administrateur et de gestionnaires

Ces compétences sont notamment nécessaires à la pratique de la médecine libérale et à la gestion d'un cabinet.

L'Union nationale des caisses d'assurance-maladie a transmis mi-juillet aux syndicats médicaux représentatifs des documents plus précis concernant plusieurs chapitres clés de la future convention médicale pour cinq ans. La convention médicale entérine une modernisation de la rémunération. La base restera le paiement à l'acte mais les forfaits seront développés ainsi qu'une prime à la performance. Réservé aux médecins traitants mais appelé à s'étendre aux autres spécialités et en premier lieu aux cardiologues, aux endocrinologues, aux gastro-entérologues et aux pédiatres, ce nouveau système repose sur un barème de 1 300 points. S'ils atteignent tous les objectifs qui leur sont proposés sur une trentaine d'indicateurs, les médecins pourront prétendre à une rémunération complémentaire maximale de 9 100 euros. Inspiré du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), le P4P, apportera une rémunération par patient de près de 11,50 euros à un médecin dont la patientèle moyenne est de 800 personnes.

4.2.2.6. Prévenir les attitudes à adopter en cas de violences

Le médecin ne doit pas se laisser insulter. La tolérance de l'Ordre est désormais nulle, il se constitue partie civile, considérant que lorsque le patient insulte un médecin, c'est l'ensemble des médecins que l'on insulte. Depuis trois ans, une insulte à un médecin est un délit aggravé (c'est comme insulter un magistrat ou un policier).

La délinquance est importante, le dépôt de plainte doit être systématique.

4.2.3. SUR LE PLAN INSTITUTIONNEL

4.2.3.1. Faciliter l'accès aux soins

Le médecin n'est pas seulement un « outil » au service des soins mais aussi un être humain qui peut être malade et/ou souffrir et qui peut prétendre aux mêmes droits que l'ensemble de la population : dépistage précoce, prise en charge ou soutien, garantie matérielle et possibilité de poursuivre ou réorienter sa carrière. Il faut donc que les règles déontologiques de confraternité imposent une facilitation de l'accès aux soins pour tous les médecins.

Trouver des lieux de soin en psychiatrie ou pour prendre en charge un médecin malade est souvent difficile.

L'APSS recrute des médecins chargés de la prévention et du suivi médical. Ces médecins volontaires vont suivre une formation pour prendre en charge le médecin malade [44]. Des réseaux de psychiatres et d'addictologues tentent de se mettre en place à des niveaux régionaux.

La création de structures dédiées fait partie également des solutions existantes.

Le projet initial était la création d'une structure addictologique réservée aux professionnels de santé de la communauté française et éventuellement francophone sur le CHU de Besançon. Ce projet était né à la demande du CNOM, convaincu de la nécessité pour la France de disposer d'un tel lieu de soins pour l'ensemble des professionnels de santé de l'Hexagone. Elle devait être constituée de plus de quarantaine de lits dont la moitié d'entre eux **auraient été** ouverts à tous, l'autre moitié réservée aux médecins et autres professionnels de santé. Le projet a été réétudié. La confidentialité semblait difficile, un médecin hospitalisé à Besançon

serait fortement stigmatisé d'avoir un problème psychiatrique ou addictologique. **De plus, ce posait la question des modalités de suivi après l'hospitalisation. Le projet a donc été rediscuté et a abouti à l'idée de créer plusieurs pôles de soin avec plusieurs adresses de façon à permettre une approche de la confidentialité et de favoriser le suivi.**

Là aussi, portées par l'APSS, cofondée par le CNOM, cinq unités de soins vont être opérationnelles, une dans le sud est de la France, une dans le nord ouest, une dans le sud ouest, une dans l'est et une dernière en Ile de France. Pour trois d'entre elles, le projet est abouti. Pour les autres, les subventions nécessaires doivent être trouvées. Le cahier des charges de ces structures est lourd.

Ces unités sont composées de lits réservés à la prise en charge des soignants en détresse (en moyenne dix lits d'hospitalisation en psychiatrie) [44]. Sur place, une équipe de soignants spécialement dédiée et formée peuvent accueillir et prendre en charge les professionnels de santé et leurs particularités dans le cadre d'une unité spécifique. Ils ont reçu cette formation à partir des données transmises par le modèle catalan et québécois.

Ce jour, pour admettre un médecin malade au sein d'une de ses structures, il convient de prendre contact auprès du CDOM, ou des médecins engagés dans la création de ses unités à savoir le Dr Leopold ou le Dr Colson en attendant la mise en place d'un numéro spécialement dédié.

Des aides financières ont été discutées pour inciter les soignants à ce type de prise en charge [44]. En effet, les soins sont pris en charge précocement par les indemnités journalières versées dès le premier jour, arrangement obtenu avec la CARMF qui permet de proposer aux soignants en détresse des soins rapides, efficaces, dans un endroit répertorié, et un suivi par un parrain.

Les soins reposent donc sur un engagement thérapeutique [44]. Ils peuvent permettre parfois de proposer une alternative à la suspension d'exercice.

Quelques limites sont notées : le recrutement des parrains, le choix des psychiatres à former pour la prise en charge, le développement d'un réseau post hospitalisation pour soigner en aval le patient sur son lieu vie et d'exercice.

4.2.3.2. Créer un service de médecine de travail pour les médecins

Certains auteurs s'interrogent sur l'intérêt de concevoir un service de médecine du travail pour les médecins [81, 122, 154, 250] avec possibilité de créer une médecine de travail pour les médecins en dehors du lieu d'exercice du praticien : le but étant de dépister, signaler, et soutenir les médecins dès les prémices de l'affection.

L'URML PACA a beaucoup réfléchi à ce projet et à la création d'un « corps de médecin soignant » à l'image de ce qui existe au Canada et en Catalogne.

Cette médecine de prévention serait une initiative indépendante de l'Ordre et des Caisses, effectuée par des praticiens formés à cette mission et apte à la persuasion incitative. Ce ne serait donc pas une médecine normative ni d'aptitude mais une médecine de sensibilisation de chaque médecin à sa propre santé, dans une culture de prévention avec un système confidentiel.

Les questions posées y seraient simples : comment ça se passe au travail ? Est-ce que votre travail vous plaît ? Quelles sont vos relations avec vos chefs ? Comment s'articule votre travail avec votre vie de famille ? Avez-vous des maux de tête ou des troubles du sommeil ?

La charge financière de cette formation particulière de médecins généralistes, spécialistes ou médecins du travail volontaires reviendrait, pour eux, à l'URML. À la sécurité sociale reviendrait la charge des honoraires de ces médecins, pendant leur activité de médecins de soignants. Au Fond d'Intervention pour la Qualité des Soins en Ville (FIQSV) enfin reviendrait la charge d'indemniser le temps passé par l'ensemble des médecins dans cette visite de prévention, comme cela se fait d'ailleurs pour les travailleurs salariés, payés pendant leur passage en médecine du travail [123]. Une reconduction cyclique de la démarche sur une base de deux ans a également été envisagée.

Cette consultation mettrait tous les médecins au même niveau : tout le monde consulte, son caractère systématique enlèverait peut être en partie le sentiment de honte ressenti par le médecin malade qui entre dans le cabinet d'un autre. Mais son caractère obligatoire risquerait aussi d'être vécu comme répressif par le médecin : peur de ne plus pouvoir exercer si l'on découvre un problème physique ou psychique grave.

L'Ordre réfléchit de son côté à la mise en place d'une consultation obligatoire pour les médecins tous les 5 ans [57].

4.2.3.3. Évaluer les aptitudes mentales et physiques

Pour certains, la prévention commence en amont avec l'évaluation des aptitudes mentales et physiques à l'exercice de la profession de médecin lors des études [122, 124]. Cette évaluation est limitée du fait du nombre d'inscrits, du polymorphisme de l'exercice professionnel et de son évolutivité pas toujours prédictible [124]. Pour certains, la longueur des études impose de fait une sélection aux moins motivés ou plus fragiles [251].

Il convient de souligner que le but ne serait pas d'exclure ces étudiants mais de leur épargner des souffrances et des désillusions ultérieures, et les aider pour qu'ils affrontent les difficultés professionnelles sans dommage [251].

Le Dr Monfort revendique d'ailleurs la « *fragilité* » comme qualité de bon soignant, tout comme Galam [252]. Il rejoint les idées de Platon. Platon, le père de la philosophie occidentale, affirmait que « *les plus habiles médecins seraient ceux qui (...) n'étant pas eux même d'une complexion saine, auraient souffert de toutes les maladies* » [172].

Le mythe de Chiron permet de comprendre cette notion de soignant blessé. Chiron, centaure, a reçu d'Artémis et d'Apollon l'enseignement de la médecine et par la connaissance des plantes, il en avait reçu l'art de guérir. Mais lors d'un combat, il est blessé par mégarde de la flèche d'Héraclès imprégnée de sang de l'Hydre de Lerne, il tenta de se soigner mais sa blessure était inguérissable. C'est parce que cette plaie lui procurait d'affreuses douleurs sans lui causer la mort, un dieu est immortel, qu'elle lui offrit la renommée de guérisseur incomparable de la Grèce antique. Il transmet son savoir à Esculape, père de la médecine occidentale [49]. Dans un ouvrage, publié peu avant son décès, Jung affirme que seul un « *médecin blessé* » peut soigner de façon efficace et renoue ainsi avec le mythe de Chiron [112].

Chaucard, dans sa thèse, se demande si l'interne qui parviendrait par exemple à surmonter un *burnout* ne serait pas mieux armé pour son futur professionnel et peut être moins vulnérable :

soit parce qu'à la lumière de ce qu'il aura vécu, ses choix seront d'emblée différents soit parce qu'il aura su mettre en place des stratégies d'adaptation efficaces pour lutter contre l'épuisement et favoriser son bien-être [34].

L'évaluation physique et psychique doit se faire tout au long de la profession médicale pour repérer les éventuelles difficultés psychiques et mieux identifier les médecins « à risque » [40]. Elle repose ainsi sur l'instauration de visites médicales de prévention régulières et obligatoires, dans un double but de dépistage et de protection sécuritaire pour les médecins et pour la patientèle. Il convient de rappeler que la seule visite médicale d'un étudiant en médecine au cours de ses études se situe au moment où admis en internat il intègre l'hôpital.

Article R.6153-7 du Code de la santé publique relatif au décret n°99.930 du 19 novembre 1999 « Avant de prendre ses fonctions, l'interne justifie, par un certificat délivré par un médecin hospitalier, qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières qu'il postule ... ».

La qualité de cette visite d'aptitude est très inégale de l'avis des intéressés... La Commission Nationale Permanente a incité le développement pour chaque CDOM d'une commission de dépistage de médecins en difficulté.

4.2.3.4. Former les médecins à la prise en charge de confrères

Des médecins doivent être formés à la prise en charge de confrères, cela suppose un véritable travail de recrutement, de formation, d'accompagnement de soignants de soignants [124].

Soigner un confrère n'est pas une mince affaire et suscite peu de motivation. Relevant de registres différents, le soin d'un médecin à un confrère malade, le met dans une difficulté du même ordre que celle du soin à ses proches [81].

De même, le confrère soignant peut être lui-même mis en difficulté devant un collègue présentant des troubles psychiques. Il peut les nier, les banaliser ou être pris au piège de l'identification inconsciente du médecin « soignant » à son confrère « malade », du transfert et du contre-transfert. Cette formation est indispensable pour éviter l'identification inconsciente du médecin soignant au confrère malade qu'il prend en charge [35, 40].

Des groupes de soutien pourraient être organisés à l'échelle régionale, pour les psychiatres qui traitent des médecins. Il s'agit d'un travail ultra-spécialisé, qui évolue constamment et qui peut parfois devenir très intense et complexe (par exemple, un médecin-patient qui sèmerait la discorde au sein de l'équipe traitante, ou serait d'humeur procédurière).

4.2.3.5. Parler du suicide d'un confrère

Quand un confrère se suicide pour des raisons qui sont en rapport ou non avec le travail, c'est en fait toute une communauté de travail qui est en souffrance [54].

Ce geste en soi est signe de gravité car témoin d'un état de destruction de l'entraide et de la solidarité au niveau du tissu humain et social du travail.

Les collègues souvent bouleversés font preuve d'une réticence fuyante à parler parce qu'il faut revenir sur des événements fortement anxiogènes. L'absence de réaction collective immédiatement après le suicide peut avoir des conséquences désastreuses.

Est-il possible de reprendre le travail après le suicide d'un collègue ? Que signifie le silence ? Si tant est que le suicide soit un acte de mise en accusation indiquant que le travail est en cause dans l'issue fatale, l'absence de réaction signifie que rien ne sera fait pour élucider le message, que rien ne sera fait pour transformer l'organisation du travail et en extirper ce qui peut conduire au suicide. Le risque demeure inchangé : « à qui le tour ? »[54].

L'absence de réaction collective ne peut être considérée comme neutre, elle a un impact inévitable, elle aggrave le sentiment d'impuissance, de résignation, voire de désespoir.

4.2.3.6. Aider un confrère en souffrance

Il convient de rappeler l'alinéa 3 de l'article 56 de notre code de déontologie : « Les médecins se doivent assistance dans l'adversité » [250].

Article 56 du Code de Déontologie (article R.4127-56 du code de la santé publique)

Ainsi le corps médical doit vivre dans la confraternité. Il est uni par un état d'esprit commun, celui d'une profession de responsabilité et d'action, par une formation intellectuelle particulière, alliant science et humanisme, par une communauté d'idéal.

L'entraide se manifeste aussi dans le domaine matériel (aussi bien vis-à-vis du médecin que de sa famille en cas de difficultés : maladie, accident, décès) et sous l'égide de l'Ordre (art. L. 4121-2 du code de la santé publique, ancien art. L. 382). Parfois, cette solidarité se manifeste sous la forme d'une tontine, participation financière individuelle de principe des membres d'un groupe en faveur de l'un des leurs confronté à des difficultés.

Le soutien des collègues de la profession ne peut se baser sur l'occultation de situation à risque. La solidarité et l'entraide des confrères sont nécessaires pour conseiller à un collègue des soins et éviter l'enlisement du médecin concerné dans des pratiques qui s'organisent en un cercle vicieux, devenu inextricable.

On doit donc intervenir le plus tôt possible après avoir observé le changement de comportement [136, 212]. Intervenir ne signifie pas « régler le problème », mais amorcer le processus consistant à nommer le malaise et à voir quelle action peut être entreprise, tout en se respectant dans ce qu'il est possible de faire.

Dans tous les cas, il faut se rappeler [136] :

- qu'en tant que personne ou équipe, on ne peut laisser la situation perdurer, car « faire l'autruche » conduira, tôt ou tard, à l'aggravation de la situation,
- qu'il se peut que le médecin concerné ne soit pas conscient de ses difficultés,
- qu'il est possible que le médecin concerné soit conscient de ses difficultés et qu'il croit à tort que rien ne paraît,
- qu'en intervenant, on fera parfois face au déni et que pour le contourner, on devra s'appuyer sur des faits.

L'intervention n'est facile pour personne. Les craintes de celui qui intervient sont légitimes et les problèmes sont les mêmes pour tous. Nous avons peu de modèles. Nous vivons un malaise lorsque nous intervenons. Nous sommes tentés par la fuite. Nous anticipons presque toujours le pire scénario. Il convient donc de créer un climat de confiance, trouver le bon moment, le bon endroit, les bonnes personnes [109] (tableau 16).

Tableau 16 : Éléments clés d'une rencontre avec un collègue en difficulté [109, 136, 212]

1. Noter les changements observés qui vous inquiètent chez le collègue (surtout les changements

objectifs). Briser le déni.

2. Provoquer une rencontre à un moment opportun et dans un endroit approprié
3. Communiquer son inquiétude et son désir d'aider en assurant la confidentialité et en confirmant son rôle (amical ou administratif)
4. Reconnaître les mérites du travail de ce collègue.
5. Énoncer clairement les faits précis qui posent problème
6. Informer le collègue que certains comportements sont parfois le reflet d'un problème de santé, sans toutefois poser de diagnostic. Amener le à en prendre conscience. Ne pas moraliser.
7. Exposer les conséquences possibles si rien n'est fait et les avantages d'aller chercher de l'aide. Éviter les menaces sans signification.
8. Définir les solutions possibles et les mesures à prendre
9. Parler de l'existence de programme d'aide et de la possibilité de soin en toute confidentialité
10. Formuler clairement les changements attendus
11. Offrez-lui de l'accompagner dans son processus de traitement ou de règlement du problème (si vous en avez le goût et la disponibilité : indiquez immédiatement vos limites).
12. Faciliter si possible l'absence au travail durant le traitement et le retour au travail après traitement

Si vous êtes Chef de service, la démarche à suivre est identique avec pour objectif principal d'arriver à une entente claire sur les interventions pour améliorer la situation. Il convient en tant que responsable d'établir les attentes et les échéances.

La tolérance ne rend pas service.

4.2.3.7. Développer le droit et devoir d'ingérence

Parfois les confrères ou le remplaçant alertent le Conseil Départemental de l'Ordre si la confiance en l'institution est suffisante. Il convient de rappeler que la notion de signalement a été lancée en même temps que le programme d'assistance du médecin malade et a été conçue comme une mesure de protection et d'aide au médecin et non à visée disciplinaire [36].

Le droit et le devoir d'ingérence du code de déontologie doit être développé afin d'encourager le médecin à signaler les confrères souffrant d'une maladie mentale ou d'une addiction (diagnostic précoce par le fait du signalement confraternel) [122, 124].

4.2.3.8. Signaler l'auto prescription

Certains auteurs préconisent de limiter l'accès aux médicaments dangereux chez les médecins dépressifs [98, 124].

Dans le rapport médecin-malade, il est évoqué que les caisses de Sécurité Sociale pourraient décider par voie réglementaire puis conventionnelle, de limiter l'auto prescription, en ne la remboursant pas [124]. Les pharmaciens, dans le cadre des relations ordinaires, pourraient signaler les auto-prescriptions lorsque celles-ci présentent un caractère franchement délétère [57, 124].

Rosvold propose que cette pratique soit encadrée par des textes de loi et demande une législation limitative, comme c'est déjà le cas en Australie [190]. De la même manière, à propos de psychotropes, un article britannique dit qu' « *aucun médecin ne devrait pouvoir se rédiger seul une ordonnance pour une substance lui permettant de se sentir mieux, de dormir mieux ou de mieux travailler* » [236].

4.2.3.9. Modifier l'image du CNOM

Plusieurs auteurs suggèrent que l'image du conseil de l'ordre des médecins et des commissions d'entraide devraient être modifiée de façon à développer une entraide confraternelle efficace aux niveaux départemental, régional et national [122, 250].

Il convient de rappeler que le CNOM a mis en place l'Entraide ordinale [249].

4.2.3.9.1. Présentation

L'Ordre a créé un service d'entraide comme l'article L 4121-2 du code de santé publique lui en donne la possibilité. L'Entraide ordinale consiste en toute action d'aide confraternelle de l'Ordre vers des confrères ou familles de confrères en difficulté.

Elle peut prendre la forme d'une aide financière ponctuelle ou plus pérenne si besoin mais aussi d'une aide morale par le soutien, les conseils ou même l'accompagnement social dans une période difficile, sans vouloir se substituer en aucune manière à la famille et aux professionnels. En pratique, l'Entraide ordinale existe : au niveau du CNOM au travers de la

Commission Nationale d'Entraide, et dans tous les départements de la métropole et d'Outre-mer avec les Commissions d'Entraide des CDOM.

Le service d'Entraide du CNOM instruit toutes les demandes transmises par les CDOM. Il prépare les dossiers en vue de les présenter à la Commission d'Entraide qui se réunit 5 fois par an. La Commission Nationale d'Entraide est composée d'élus ordinaires et d'auditeurs issus du travail social, sous la Présidence du docteur Jean LEBRAT.

4.2.3.9.2. Partenaires de l'Entraide

Les premiers partenaires de la Commission nationale d'Entraide sont les Conseils départementaux, qui nomment généralement un élu ordinal dédié au suivi des demandes d'Entraide (réfèrent-Entraide) exprimées par les confrères du département.

Ensuite d'autres partenaires interviennent :

- Le Fonds d'Action Sociale (FAS) de la CARMF attribue des aides sous forme d'avances, de secours ou de prise en charge totale ou partielle des cotisations dues à titre obligatoire.
- Le FAS de l'Association général des médecins de France (AGMF, assurance complémentaire – Groupe Pasteur Mutualité).
- Le FAS de l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC) qui s'adresse aux médecins hospitaliers.
- Les associations d'aide sociale pour les familles de médecins : L'Aide aux familles et entraide médicale (AFEM), distincte de l'entraide ordinale, accorde des allocations en faveur des familles en difficultés, des scolaires et des étudiants. Les aides ainsi attribuées (aides ponctuelles ou bourses) aux orphelins de médecins leur permettent de mener à bien leurs études supérieures.
- L'Association des conjoints de médecins (ACOMED)

4.2.3.9.3. Publics concernés

Cette entraide ordinale s'adresse à tous les médecins, inscrits au Tableau de l'Ordre, qui rencontrent des difficultés qu'elles soient ponctuelles ou durables, qu'elles soient de nature financière, sociale, professionnelle, personnelle ou relatives à leur état de santé.

Elle concerne également les familles et ayants-droit des médecins.

4.2.3.9.4. Procédure

Pour obtenir cette entraide, il faut s'adresser au CDOM du lieu d'inscription du médecin et remplir le questionnaire en vue de la constitution du dossier en y adjoignant les justificatifs concernant les situations financières (avis d'imposition, charges diverses...). Ensuite il faut répondre à l'invitation du « référent entraide » du CDOM qui doit transmettre le dossier à la Commission Nationale d'Entraide avec l'avis motivé du Conseil. La commission d'entraide au niveau national reçoit chaque année environ 150 dossiers de confrères en difficultés. Le volume des dossiers présentés a augmenté de 23% et les prestations ont augmenté de 40%. Le montant moyen de l'aide par médecin est d'environ 2900 € [253].

4.2.3.9.5. Favoriser la collaboration

À l'image de l'Amicale des Psychiatres du Vaucluse qui à partir de « marqueurs de risque » ou « clignotants » fait participer la cellule d'entraide ordinale dès lors qu'un médecin cumule trois de ces clignotants, et ainsi intervient en amont d'éventuelles souffrances psychiques (tableau 4), il conviendrait de favoriser une collaboration avec la CARMF, les groupes FMC et les délégués médicaux [122].

4.2.3.10. Améliorer la protection sociale

L'amélioration de la protection sociale est plébiscitée à 97% par les médecins interrogés lors de l'étude URML Ile de France [81].

4.2.3.10.1. Des médecins libéraux :

4.2.3.10.1.1. L'assurance maladie

Les médecins généralistes libéraux en tant que praticiens conventionnés relèvent du régime d'assurance maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC). Ils sont affiliés à la Caisse d'Assurance Maladie dont dépend leur lieu d'exercice. À ce titre, ils bénéficient du remboursement de leurs soins médicaux, du versement d'indemnités ou d'allocations en cas de congé maternité, paternité ou

d'adoption, du capital décès. Ils n'ont pas droit à des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, ni aux prestations des assurances invalidité et accident du travail. Ils peuvent, s'ils le souhaitent, souscrire auprès de leur caisse d'Assurance Maladie une assurance volontaire complémentaire.

4.2.3.10.1.2. *La CARMF*

L'affiliation à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) est obligatoire pour tout médecin titulaire du Diplôme de Docteur en Médecine, inscrit au Conseil de l'Ordre et exerçant une activité libérale. Le médecin doit cotiser à 3 régimes de retraites (le régime de base, le régime complémentaire vieillesse et le régime des Allocations Supplémentaires de Vieillesse), à un régime de prévoyance (le régime Invalidité - Décès) et à un régime d'Allocation de remplacement de revenu si le médecin est conventionné.

Actuellement pour les médecins libéraux, la protection sociale présente un délai de carence de 3 mois, en cas d'arrêt maladie ou d'accident, ainsi il est rappelé que le régime incapacité temporaire de la CARMF assure en cas d'arrêt de travail (maladie ou accident) une indemnité journalière de 90 € par jour, à compter du 91ème jour d'arrêt de travail.

Le délai de franchise de trois mois n'est pas du fait de la CARMF mais des Pouvoirs Publics qui ont toujours estimé que le versement d'indemnités journalières de la CARMF ne relevait pas d'un régime d'assurance maladie mais d'un régime d'invalidité. Les médecins doivent donc s'assurer correctement pour manquer à cette période de carence et ceux dès l'inscription au Tableau de l'Ordre [36].

4.2.3.10.2. Des médecins salariés

La situation n'est pas plus confortable [36, 124].

Les praticiens provisoires et contractuels des hôpitaux n'ont aucune garantie statutaire : dès le premier jour de maladie, ils ne bénéficient que des indemnités de la Sécurité Sociale et ce quelle que soit la maladie, soit au maximum 50 % du plafond.

Les hospitaliers titulaires ne sont pas épargnés : en cas d'arrêt maladie, ils bénéficient d'une

indemnisation à 100% du salaire durant les trois premiers mois puis à 50 % pendant les neuf mois suivants. Au-delà de 12 mois de maladie, les praticiens hospitaliers ne touchent que l'indemnité versée par la sécurité sociale (50% du plafond) sauf s'ils obtiennent un congé de longue maladie ou de longue durée.

Les médecins hospitaliers et universitaires (PU-PH), principalement sous tutelle universitaire, Éducation Nationale, ne bénéficient de leurs émoluments hospitaliers que pour une durée de trois mois en cas d'arrêt maladie, leur seule indemnisation ensuite provient de leur statut universitaire. Il leur est fortement recommandé donc de souscrire une assurance complémentaire, qu'ils aient ou non une activité libérale associée à leur activité hospitalière.

Les médecins de la Fonction Publique, médecins des agences régionales de santé (ARS), corps des Inspecteurs, médecins de l'Éducation Nationale, lorsqu'ils sont titulaires, bénéficient des dispositions statutaires de la Fonction Publique : l'usage fait que, pour cette fonction publique, le passage de l'état de maladie à l'état de longue maladie est quasi automatique dès que l'arrêt de travail atteint trois mois... ce qui permet aux bénéficiaires de disposer d'un traitement à taux plein au minimum durant un an.

Les médecins salariés du secteur privé, titulaires d'un contrat établi avec une structure affiliée à une fédération professionnelle (Cliniques mutualistes, Établissements affiliés aux fédérations hospitalières...). Ils bénéficient en général, en complément des indemnités journalières de la Sécurité Sociale, des dispositions proposées aux cadres, dispositions équivalentes à celles du secteur public avec possiblement un délai de carence pouvant atteindre un an pour un CDI.

4.2.3.10.3. Les aides de la CARMF

Des aides de la CARMF à la reprise sont disponibles.

En cas d'arrêt prolongé, lors de la reprise du travail, la caisse peut maintenir les indemnités journalières durant 3 à 6 mois, ce qui favorise une reprise du travail en douceur.

Un médecin peut être déclaré invalide s'il n'est plus en mesure d'exercer sa profession, dans ce cas il sera tout de même autorisé à travailler en dehors du milieu de soins.

À 60 ans, si le médecin est déclaré inapte par ses pairs (médecins de la CARMF), il peut bénéficier d'une retraite anticipée avec maintien de ses droits.

Le capital décès a été réévalué et augmenté passant de 4000 € à 38000 €.

En cas de suicide du médecin, l'indemnité de décès est augmentée afin d'aider les familles au plan matériel. En revanche, si le médecin avait cessé de payer ses cotisations, la famille ne perçoit pas de capital décès.

Pour pallier au délai de carence, le médecin a la possibilité de souscrire à une prévoyance facultative pour les 90 premiers jours suivant le début de l'arrêt de travail (déductible fiscalement) ou de souscrire à un contrat d'entraide passé directement entre plusieurs confrères : la tontine.

4.2.3.11. Mettre en place une prévoyance adaptée

Une bonne appréhension des nécessités de prévoyance est indispensable. Il existe de nombreuses compagnies d'assurance privée proposant des contrats d'assurance complémentaire très divers.

De manière quasi systématique, les médecins possèdent une assurance responsabilité civile et professionnelle garantissant les conséquences pécuniaires susceptibles d'être encourus dans le cadre de leur profession [173]. Il leur est fortement conseillé de souscrire un contrat de prévoyance et de complémentaire santé (mutuelle) pour couvrir les risques qui ne sont pas pris en compte par l'assurance maladie et la CARMF.

Le médecin qu'il soit libéral, salarié ou hospitalier, n'a au cours de sa formation initiale, qu'une vague information quant aux nécessités d'une organisation de sa prévoyance et de sa couverture sociale. Il est nécessaire de mettre en place une formation adaptée pendant les études de médecine. Cette formation pourrait être proposée par exemple en 3ème cycle auprès des jeunes médecins afin de leur donner une bonne appréhension des nécessités de

prévoyance, en particulier en médecine libérale mais également en médecine salariée avec activité libérale [124]. Des plaquettes d'information doivent être favorisées.

Le CNOM discute de la mise en place d'un service d'information en matière de prévoyance, comme la création d'une banque de données comparatives des contrats proposés par les différentes compagnies d'assurance, avec des grilles comparatives et une réactualisation régulière [124].

Dans la même optique, la CARMF devrait rappeler l'importance d'être à jour dans leurs cotisations et de souscrire des assurances complémentaires. Car en cas de maladie, l'absence ou l'insuffisance de prévoyance risque de conduire à une reprise d'activité beaucoup trop précoce du médecin, obérant ainsi le bon résultat thérapeutique qu'aurait pu permettre un arrêt d'activité suffisamment long.

4.2.3.12. Développer les tontines

Les médecins peuvent bénéficier d'aides supplémentaires dans un cadre confraternel.

Ainsi, ils peuvent souscrire un contrat d'entraide, passé directement entre plusieurs confrères, appelé tontine. Les tontines sont souvent créées au sein des groupes de médecins d'un secteur de garde. Chaque membre accepte, dans le cadre d'un contrat signé, de verser l'équivalent du montant d'une consultation par jour à un collègue en arrêt maladie durant une certaine période (1 à 3 mois) pour compenser sa perte de revenus. Le contrat stipule les modalités au cas où différents médecins du groupe seraient malades en même temps. Les tontines sont créées à l'initiative d'un groupe de confrères et sont assez rares.

Dans le même esprit confraternel, l'Ordre des Médecins propose des aides aux médecins en difficultés.

4.2.3.13. Créer des passerelles pour favoriser la reconversion

Pour accompagner la prise en charge, la création de passerelles permettant l'évolution des carrières doit être développée [124].

Le système d'Évaluation de la Pratique Professionnelle (EPP) et les bilans de compétences professionnelles personnalisés, type Union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continues (UNAFORMEC) ou MGForm, pourraient avoir pour objectif le reclassement ou la réorientation professionnelle de façon à ce que le médecin dispose de choix d'évolution de carrière adaptée à celui qui souffre et non la réponse univoque « non dangereux, dangereux, inscrit, non inscrit » [81, 124, 154].

La possibilité d'une reprise d'activité professionnelle doit pouvoir se faire dans des conditions acceptables sécuritaires, ce qui suggère reconversion ou modalités particulières d'exercice [124]. Il faut abandonner le dogme du tout ou rien où un médecin reconnu incapable d'exercer son activité se voit exclu de l'Ordre alors qu'un exercice différent, non au contact du malade lui est possible.

Dans le même ordre d'idée, un fichier des offres et des demandes, en matière d'exercice professionnel, susceptible de s'adresser à des praticiens, présentant une pathologie physique et/ou psychique limitant leur activité, pourrait être développé par les CROM et CNOM : une banque d'emplois potentiels [124].

4.2.3.14. Faciliter les remplacements

Un autre mode d'aide doit être développé et assoupli : c'est le remplacement.

Beaucoup de médecins demandent une plus grande facilité des remplacements ainsi qu'une meilleure attractivité.

La difficulté des médecins généralistes à trouver des remplaçants augmente avec la diminution du nombre de jeunes médecins (ce phénomène fait suite aux réductions d'effectif des étudiants en médecine depuis 1971, lors de la mise en place du *numerus clausus*). Les rapporteurs du Conseil de l'Ordre, proposent de créer une entraide pour les confrères malades à l'aide d'un registre régulièrement actualisé où seraient inscrits tous les médecins potentiellement remplaçants et les médecins demandant à être remplacés totalement ou partiellement [124].

4.2.3.15. Mieux définir les responsabilités

La nature et les limites des responsabilités doivent être mieux définies. C'est la réclamation faite par plus 95% des médecins interrogés [14, 127].

Pour limiter la judiciarisation de la relation médecin/patient, des commissions de conciliation sont mises en place au sein des conseils départementaux de l'ordre des médecins. En cas de conflit, « *il faut appuyer les commissions de conciliation* » confère Dr Mouriès et le Dr Canoui [28].

Des lignes téléphoniques de conseils médicaux, juridiques et administratifs pourraient être développées.

4.2.3.16. Discuter le BOS comme maladie professionnelle

La reconnaissance de la pénibilité de l'activité comme profession à risque et du *burnout* comme maladie professionnelle est discutée : certains sont pour [81, 122], d'autres sont contre [28].

4.2.4. SUR LE PLAN « SOCIAL »

4.2.4.1. Groupe Balint

Les études médicales sont essentiellement orientées sur l'acquisition des connaissances scientifiques. Elles n'assurent que partiellement un enseignement des aptitudes pratiques et relationnelles. Le médecin a rarement l'occasion d'exprimer les difficultés qu'il a rencontré dans la relation avec le patient. Or au même titre que les éléments sémiologiques, les facteurs relationnels interviennent largement dans la décision. Une difficulté émotionnelle et relationnelle peut conduire au BOS si elle n'est pas travaillée, élaborée, perlaborée [260].

La fonction du groupe Balint est justement et principalement de comprendre émotionnellement leur patient et d'utiliser cette compréhension émotionnelle à des fins thérapeutiques.

La participation à un groupe Balint a prouvé son efficacité pour diminuer la souffrance, elle permet au praticien de prendre du recul sur sa pratique [52, 81, 87, 122, 220, 250].

4.2.4.1.1. Origine

Balint (1896-1970), psychiatre hongrois, a été psychanalysé par Ferenczi et a été influencé par les théories de Mélanie Klein et de Winnicott par l'entremise de son épouse Enid Balint née Albu. Dans son ouvrage le plus célèbre, *le Médecin, son malade et la maladie* (1957), Balint propose d'étendre les techniques de la psychanalyse à la pratique de la médecine générale. Il crée des groupes de parole « groupe balint » pour discuter en commun de la relation patients-médecin à travers des études de cas « *case work* ».

4.2.4.1.2. Définition

Une définition du groupe Balint a été formulée lors du Congrès international Balint à Bruxelles en 1974 : « *Groupe de médecins (actuellement de tous soignants) se réunissant régulièrement pour examiner la relation médecin-malade à travers l'exposé d'un cas. Ce travail s'appuie sur les données de la psychologie de l'inconscient. La verbalisation des problématiques extra-professionnelles n'est pas posée comme but. Ces groupes sont animés par un ou des leaders psychanalystes formés à cette méthode. Ces groupes peuvent être étendus à des personnes non-médecins ayant des responsabilités thérapeutiques.* »

4.2.4.1.3. Objectifs

L'objectif avoué de Balint était de mieux former (informer) les médecins et professionnels de la santé sur le plan psychologique car il avait constaté la faillite des cours magistraux dans ce domaine. Cette formation avait pour but de permettre aux praticiens d'analyser les implications affectives et émotionnelles dans le travail avec les patients et de rechercher de quelles ressources personnelles ou professionnelles, ils disposaient pour s'en occuper.

4.2.4.1.4. Modalité

C'est un groupe de médecins et/ou d'autres professionnels de la santé qui en général ne dépasse pas quinze participants. Il est animé, si possible, par un analyste (médecin de

préférence) ou par un psychiatre et un autre médecin ayant acquis une bonne expérience du groupe Balint [51].

Les professionnels de santé sont ainsi invités à réfléchir sur les problèmes relationnels posés par leur profession.

Le récit peut être présenté sous différentes formes : restitution par le médecin, psychodrame, jeu de rôle. La parole spontanée est préférée, afin que chaque médecin puisse faire un compte rendu le plus fidèle possible de l'aspect émotionnel de la relation médecin-malade. Au sein du discours, l'attention du groupe se portera surtout sur les choix des mots, intonations, insistances, omissions, oublis, lapsus, silences, sur les gestes et les mimiques. Ce que le soignant ne peut directement percevoir, il l'exprime inconsciemment dans ce discours qui est repris en écho par le groupe (avec d'autres mots, d'autres intonations, insistances, omissions, lapsus).

C'est en rapportant ce qu'il vit, dans une situation professionnelle choisie, à un groupe de pairs (susceptibles donc de comprendre pour les vivre aussi, ses difficultés, ses défaillances, ses peurs, ses échecs et acceptant de les mettre en commun) que le soignant exprime dans son discours ses propres défenses en face du malade en question, qui sont souvent le reflet exact des défenses mêmes de ce patient. Les émotions du soignant sont donc aussi importantes que celles du soigné. Ces défenses touchent le plus souvent aux problématiques communes: idéal du Moi, toute-puissance, castration et complexe d'Oedipe, sexualité, etc. Ces problématiques sont vécues dans les relations familiales, conjugales et professionnelles du malade et reproduites dans sa relation de transfert au médecin. Et ce sont ces mêmes défenses, reprises à son propre compte, que ce médecin offre au groupe, cela sous l'oeil bienveillant, attentif et permissif des animateurs.

La place de l'inconscient y est un sujet d'étude et un moyen d'élucidation grâce à la présence de l'analyste et à l'exploration des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels. La dynamique de groupe joue un rôle important : on peut rapidement retrouver un parallélisme entre la relation que le soignant a avec son patient et celle qu'il a avec le groupe, ce qui fait qu'il n'est pas important que le malade soit présent physiquement dans ces discussions.

4.2.4.1.5. Différences avec d'autres groupes

Ce n'est pas un groupe thérapeutique : si le soignant a un problème personnel, les animateurs lui proposeront de chercher à le résoudre ailleurs, le groupe Balint ne soigne pas le soignant mais est centré sur la relation entre le soignant et son malade. C'est un groupe d'analyse de la pratique ou encore soutien au soutien.

Ce n'est pas un séminaire de cas cliniques : ce n'est pas la maladie ou le malade qui est au centre des discussions, comme c'est le cas à l'hôpital ou en clinique psychiatrique. L'histoire du malade est un point de départ pour étudier la relation du soignant avec son patient et voir, par exemple, comment tel médecin peut aider le mieux tel patient à évoluer favorablement.

4.2.4.1.6. Apport

Cette approche a été jugée utile pour augmenter à la fois la confiance en soi, la capacité d'écoute et la compréhension de certains patients. Elle est très bénéfique pour l'exercice professionnel, l'accomplissement personnel, la diminution du stress [52, 260]. Le médecin peut parler des difficultés et succès de sa pratique, identifier ses compétences, partager ses ressources et mettre en commun ses doutes. Il dépose ses émotions et les identifie, différencie ses attentes professionnelles de ses attentes personnelles. Il prend conscience des obstacles répétitifs vécus dans la relation de soin [260].

4.2.4.2. Groupe de pairs

Les groupes de pairs (un pair étant une personne semblable quant à sa fonction, sa situation sociale) sont des groupes de praticiens exclusivement de même discipline et de même pratique [11]. Ces professionnels se réunissent régulièrement pour analyser et comparer leur pratique, à partir de cas cliniques aléatoires. Cette méthodologie spécifique d'auto et d'interformation reposant sur l'analyse des pratiques a été initiée en France par la Société française de médecine générale (SFMG) en 1987 [11, 135].

4.2.4.2.1. Les objectifs

Les objectifs du travail en groupe de pairs sont [135] :

- Réassurer et renforcer l'identité professionnelle du groupe,
- Améliorer le confort d'exercice des médecins,

- Rompre l'isolement,
- Protéger contre le *burnout*,
- Améliorer la qualité de soins proposés aux patients,
- Confronter sa pratique à celle des autres,
- Confronter sa pratique aux données actuelles de la science.

4.2.4.2.2. La méthode

Tous les mois, 5 à 12 médecins, tous en exercice, se réunissent au domicile ou au cabinet de l'un des participants. L'absence d'expert évite toute hiérarchisation dans la communication. La parole y est libre, sans modification du discours, sans scotomisation des faits, sans attitude de séduction, d'obéissance ou de soumission, tous phénomènes constants et inévitables dans un groupe hiérarchisé.

Trois temps distincts composent la réunion : l'étude de cas cliniques, l'étude des filières de soins locales et le temps libre.

Un secrétaire de séance rédige un compte rendu à l'issue de la réunion. Un modérateur veille au respect des horaires, fait en sorte que chacun s'exprime, prévient les conflits entre personnes et les gère lorsqu'il n'a pu empêcher leur survenue. Chaque médecin, à tour de rôle, exerce l'une de ces deux fonctions.

4.2.4.2.2.1. *L'étude de cas cliniques*

Chaque participant apporte et présente une observation tirée au sort.

Le tirage aléatoire évite « les scotomes » et permet de couvrir, au fil du temps, l'ensemble des champs d'activité de la médecine générale. Ainsi sont étudiés les critères de choix des diagnostics, la justification des décisions prises, les particularités de la séance, les problèmes soulevés ; il s'agit de s'interroger sur sa pratique (éléments de la décision médicale), de confronter cette dernière à celle de ses pairs ainsi qu'aux données actualisées de la science.

4.2.4.2.2.2. *L'étude des circuits de soins locaux*

Il s'agit d'optimiser le parcours du patient dans le système de soins : la confrontation des

expériences (heureuses ou malheureuses) des participants permet à ces derniers de constituer, au fil du temps, des réseaux de soins de proximité testés, optimisés et validés par le groupe. L'étude des ressources interprofessionnelles est très importante ; elle permet d'aborder, ce qui est très nouveau, d'importantes facettes de notre profession (relationnelles, juridiques, administratives et sociales) sans se cantonner au seul biomédical.

4.2.4.2.2.3. *Le temps libre*

Au cours de ce troisième temps :

- le résultat des recherches bibliographiques effectuées à la suite de la précédente réunion est présenté, et les solutions à apporter aux problèmes précédemment posés sont débattues ;
- le groupe discute, collégalement, d'un problème clinique difficile ;
- le groupe réfléchit sur un article intéressant ou sur un thème particulier (hygiène, trousse d'urgence, pharmacopée, recherche documentaire);
- certains groupes ont mis en place, lors de ce troisième temps, des petits audits de pratiques, permettant, sans regard extérieur, de s'engager dans une véritable démarche d'évaluation des pratiques, mettant en évidence les distorsions entre ce que les praticiens devraient faire, ce qu'ils croient faire et ce qu'ils font réellement.

À l'occasion du 2^{ème} Symposium National des Groupes de Pairs (Annecy, mars 2003), après s'être entraînés à la résolution de problèmes cliniques difficiles grâce à la méthode EBM, les participants ont abouti à la conclusion que l'EBM est un idéal partagé.

4.2.4.3. Le groupe d'échanges sur des situations complexes et authentiques GESCA

Le groupe d'échanges sur des situations complexes et authentiques (GESCA) est un travail d'analyse, de réflexion collectif des internes de médecine générale, sur une ou plusieurs situations vécues par un ou plusieurs des participants du groupe dans sa pratique d'interne, répondant aux critères de la complexité et de l'authenticité [120].

Les participants sont des internes de médecine au nombre de 6 à 10. L'enseignant est un enseignant de médecine générale, de préférence tuteur pédagogique, car formé à l'évaluation formative. Le rythme d'une séance par mois paraît un bon compromis entre efficacité et

faisabilité.

L'interne rédige un récit de situation complexe et authentique (RSCA) qui est évalué par le groupe des internes et non un enseignant. Par rapport aux autres modalités d'enseignement, les objectifs pédagogiques spécifiques sont de permettre aux internes de perfectionner leurs compétences d'autoévaluation et d'autoformation, mais aussi de développer leur autonomisation: les GESCA sont initialement supervisés par un enseignant, mais l'objectif est d'amener les internes à un niveau suffisant rendant inutile la présence d'un enseignant.

Le GESCA doit comporter 4 séquences:

4.2.4.3.1. Le récit de la situation-problème

Le récit est sans interprétation: l'exposé est descriptif et s'attache aux faits mais aussi au ressenti de celui qui le rédige, à ce qu'il a perçu, analysé, fait, dit, ainsi que ce qu'il n'a pas analysé, pas fait ou pas dit. Le récit doit rendre fidèlement compte de ce qui s'est passé du point de vue de l'interne, pour que ses pairs (et l'enseignant présent) puissent se mettre "dans la peau" de l'interne qui a fait l'acte de soin «ici et maintenant».

4.2.4.3.2. L'analyse

Une fois la narration faite, les internes analysent le contenu de la situation. Ce travail de réflexion doit permettre d'explicitier le «comment» (comment il s'y est pris, a analysé, a échangé, a décidé...) pour argumenter le "pourquoi" (pourquoi il a fait ça, ou pas fait, dit ou pas dit, perçu ou pas perçu ...). Ce travail permet de décrire les compétences développées en situation professionnelle, à un moment donné, dans un contexte donné, mais aussi de pointer les manques ou les imperfections et de rendre compte des processus cognitifs mis en jeu.

4.2.4.3.3. Les tâches d'apprentissages induites

De cette évaluation collective doit naître une formation. Le groupe ayant pointé des manques ou des erreurs, il se fixe des tâches d'apprentissages pour les améliorer ou les corriger: recherche documentaire, avis de personne(s) ressource(s), travail personnel ... Ces tâches d'apprentissages doivent être décrites et analysées, pour que le(s) maître(s) d'apprentissages

puisse(nt) en évaluer la pertinence.

4.2.4.3.4. La synthèse

Elle reprend les points essentiels de la situation – problème, de l'analyse du groupe et des travaux induits pour améliorer le niveau de résolution de la (des) problématique(s)

4.2.4.4. **Les cercles de qualité (CQ)**

4.2.4.4.1. Définition du cercle de qualité

Réunion d'un groupe de médecins – de même discipline ou de discipline proche, respectivement d'autres personnes participant à la fourniture des soins aux patients – dans le but d'analyser son propre travail, de l'évaluer au plan de la qualité et, ce faisant, de faire en sorte qu'il en résulte une amélioration de la qualité.

Pratiquement, cela signifie que les participants à un CQ doivent décrire, comparer et évaluer, dans le cadre d'une discussion collégiale, sous la direction d'un modérateur spécialement formé, leur mode d'action au niveau médical. Le but du travail dans le CQ, à côté des échanges entre confrères, est d'orienter sa propre activité selon les normes de la recherche empirique (Evidence Based Medicine), l'adapter aux données locales, ainsi qu'établir des lignes directrices pour l'activité médicale.

4.2.4.4.2. But des cercles de qualité

La participation à un cercle de qualité (CQ) offre en permanence la possibilité d'une autoévaluation interne de la qualité de son propre travail médical. Elle stimule la confiance réciproque et un mode de penser en réseau.

4.2.4.4.3. Conditions et cadre des cercles de qualité

- environ une dizaine de participants,
- réunions régulières du cercle, toutes les 2 à 8 semaines,
- échanges d'expériences entre confrères en tant que base du travail dans le cadre du groupe,

- présence en permanence du modérateur ; éventuellement d'un co-modérateur formé au travail en petit groupe,
- accord en ce qui concerne le thème abordé, le temps consacré, les instruments de travail, lignes directrices diagnostiques et thérapeutiques en tant que but de travail,
- le travail au sein du CQ est reconnu comme formation continue,
- un élément essentiel de la discussion est constitué par la prise en considération des expériences pratiques des participants.

La composition des CQ peut se faire dans un premier temps sur une base géographique. On peut parfaitement envisager que certains groupes se forment spécialement ou que des groupes déjà existants choisissent de traiter d'un sujet particulier sur mandat d'un réseau médical.

Des thèmes intéressant tant les généralistes que les spécialistes ou les médecins hospitaliers peuvent également être abordés. Les groupes constitués de telle façon encouragent un mode de penser en réseau. Certains sujets peuvent être suggérés par le réseau lui-même.

4.2.4.5. Les Formations Médicales Continues (FMC)

La prise en compte de plus en plus nette du bien être des médecins est perceptible dans de nombreux domaines notamment la Formation Médicale Continue (Séminaires du Groupe REPERES : « Reconnaître et optimiser nos façons d'être médecins »), les premières Journées Nationales de Médecine Générale organisées en 2002 par la Revue du Praticien sur le thème « Je soigne comme je suis », ou encore l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) mise en place par l'ANAES et les URML qui, tout en s'appuyant sur des référentiels collectifs et validés, se fonde aussi sur un travail d'accompagnement individuel auprès des médecins engagés pour les aider à porter un regard sur leurs pratiques et les inciter à une auto-évaluation.

4.2.4.6. Le *counseling*

Dans la culture anglo-saxonne, le terme de "*counseling*" est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir,

traiter. Le *counseling* se définit comme une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face.

Une étude de cohortes, portant sur la consommation d'alcool et les comportements face au *counseling* sur l'alcool chez les étudiants en médecine des États-Unis, a révélé que leurs taux de consommation excessive d'alcool étaient un peu moins élevés que ceux des autres étudiants et que ceux qui avaient reçu des conseils sur la consommation d'alcool se sentaient beaucoup plus disposés à aborder la question avec des patients [84].

Un autre *counseling* auprès de 227 médecins Norvégiens atteints d'épuisement (étude de cohorte d'une durée d'un an) visait à les aider à faire face au stress et à l'épuisement. Les principales mesures de résultat étaient les niveaux d'épuisement et les prédicteurs de réduction de l'épuisement émotionnel [84]. Chez les 185 médecins qui ont terminé un an de suivi, le niveau moyen d'épuisement émotionnel avait diminué considérablement par rapport à celui d'un échantillon représentatif de 390 médecins norvégiens. On a aussi constaté une réduction du nombre des congés de maladie et des heures de travail par semaine comparativement aux mesures de référence prises quatre semaines avant le programme.

4.2.4.7. Les alertes téléphoniques

4.2.4.7.1. AAPML

La création d'alerte téléphonique départementale, en 2004, à la disposition des médecins en souffrance, et la constitution d'un réseau de soignants susceptibles de réagir immédiatement semble être une nécessité absolue.

Un dispositif d'écoute téléphonique, d'accompagnement et de soutien psychologique spécialement dédié aux médecins libéraux a d'ailleurs été mis en place dans la région parisienne.

Ce dispositif mis en place par l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) doit être étendu à tout le territoire et aux autres professionnels de santé [64].

Cette extension se fait très difficilement.

Depuis le 1er septembre 2007 : ouverture du dispositif aux chirurgiens-dentistes franciliens (UFSBD), aux médecins libéraux de la région PACA et d'autres régions ont suivies en 2008 la Bourgogne, la Corse, le Nord Pas de Calais, le Centre et en 2010 le Limousin.

Il s'agit d'une assistance psychologique par téléphone anonyme et confidentielle avec orientation si nécessaire vers un psychologue proche du domicile du médecin pour une prise en charge plus globale.

0 826 004 580

Ce service est opérationnel depuis le 1 juin 2005 et offre [81, 154] :

- **une accessibilité 24H/24 et 7J/7,**
- **un anonymat et une confidentialité aux appelants tout en assurant un suivi des dossiers grâce à un identifiant communiqué lors du premier appel,**
- **des soins réalisés exclusivement par des psychologues cliniciens diplômés d'état répondant aux règles déontologiques de la profession (bac+5, DESS de psychologie clinique et pathologique), tous formés au soutien et à l'accompagnement par téléphone**

Les psychologues du plateau de PSYa, tous titulaires d'un diplôme de psychologie clinique, répondent à l'appel qui leur est fait, grâce à une écoute professionnelle, non orientée, non compatissante, non interventionniste. C'est là la particularité de ces professionnels : savoir écouter l'autre, tout en gardant une distance et une neutralité bienveillantes.

Les appels traités par les écoutants font l'objet d'un total anonymat et d'une totale

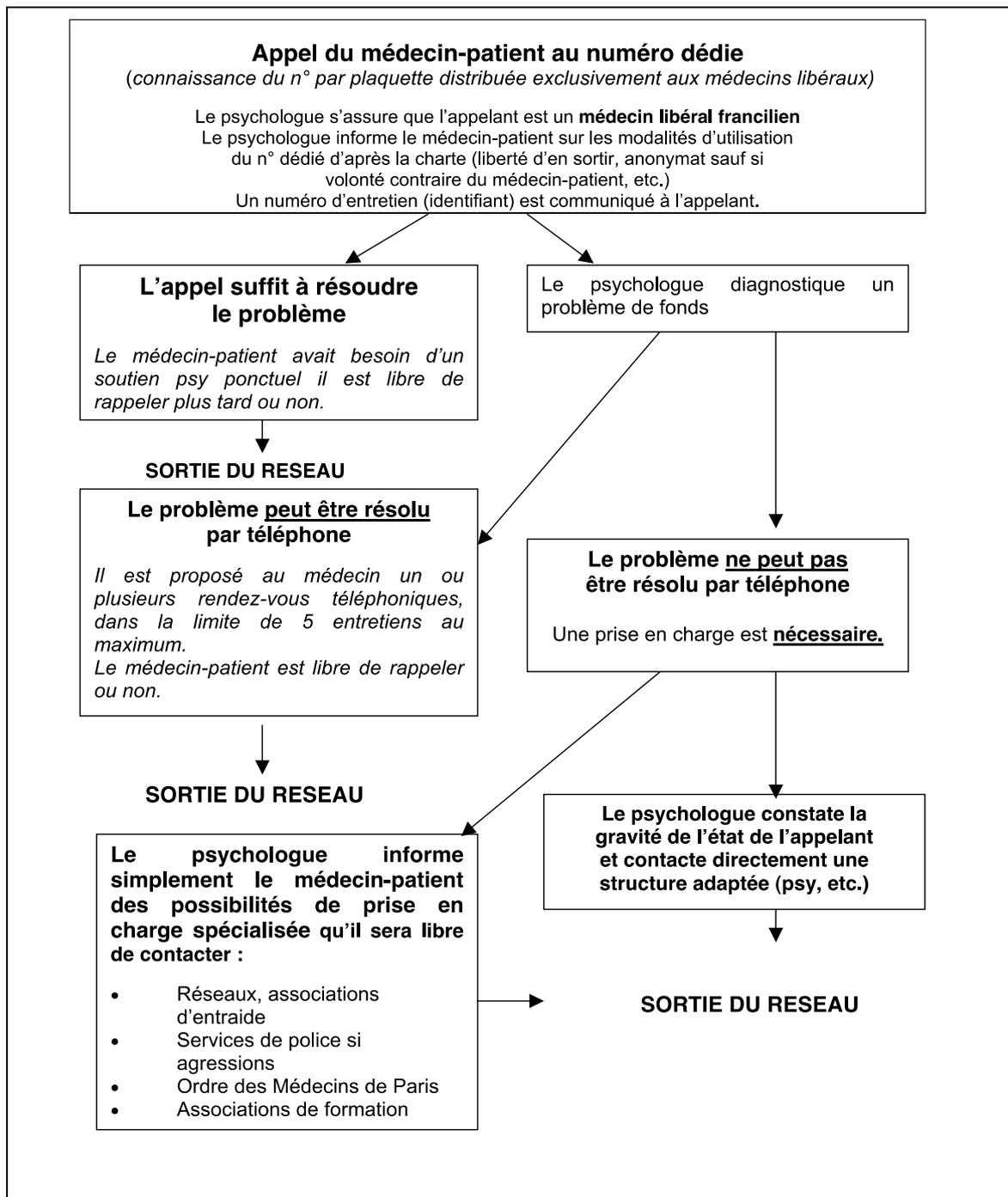
confidentialité, conformément au Code de déontologie de la profession des Psychologues.

Si le médecin souhaite que son anonymat soit levé pour être pris en charge plus spécifiquement, seuls les psychologues seront dépositaires de son identité au nom du secret médical. En aucun cas, l'information ne sera fournie à des tiers. Le libre choix du « médecin-patient » d'adhérer ou de se retirer de l'expérimentation est garanti par son anonymat lorsqu'il choisit d'utiliser le numéro dédié.

Le médecin peut s'entretenir 5 fois par téléphone avec un psychologue du réseau. Si ces entretiens ne suffisent pas à répondre à son problème et que l'état du médecin nécessite une prise en charge psychologique plus poussée le psychologue l'adresse vers un psychologue clinicien appartenant au réseau ou toutes autres structures. Il ne s'agit donc pas d'une thérapie par téléphone mais d'une aide pour que les médecins qui masquent leur souffrance, la reconnaissent pour la traiter.

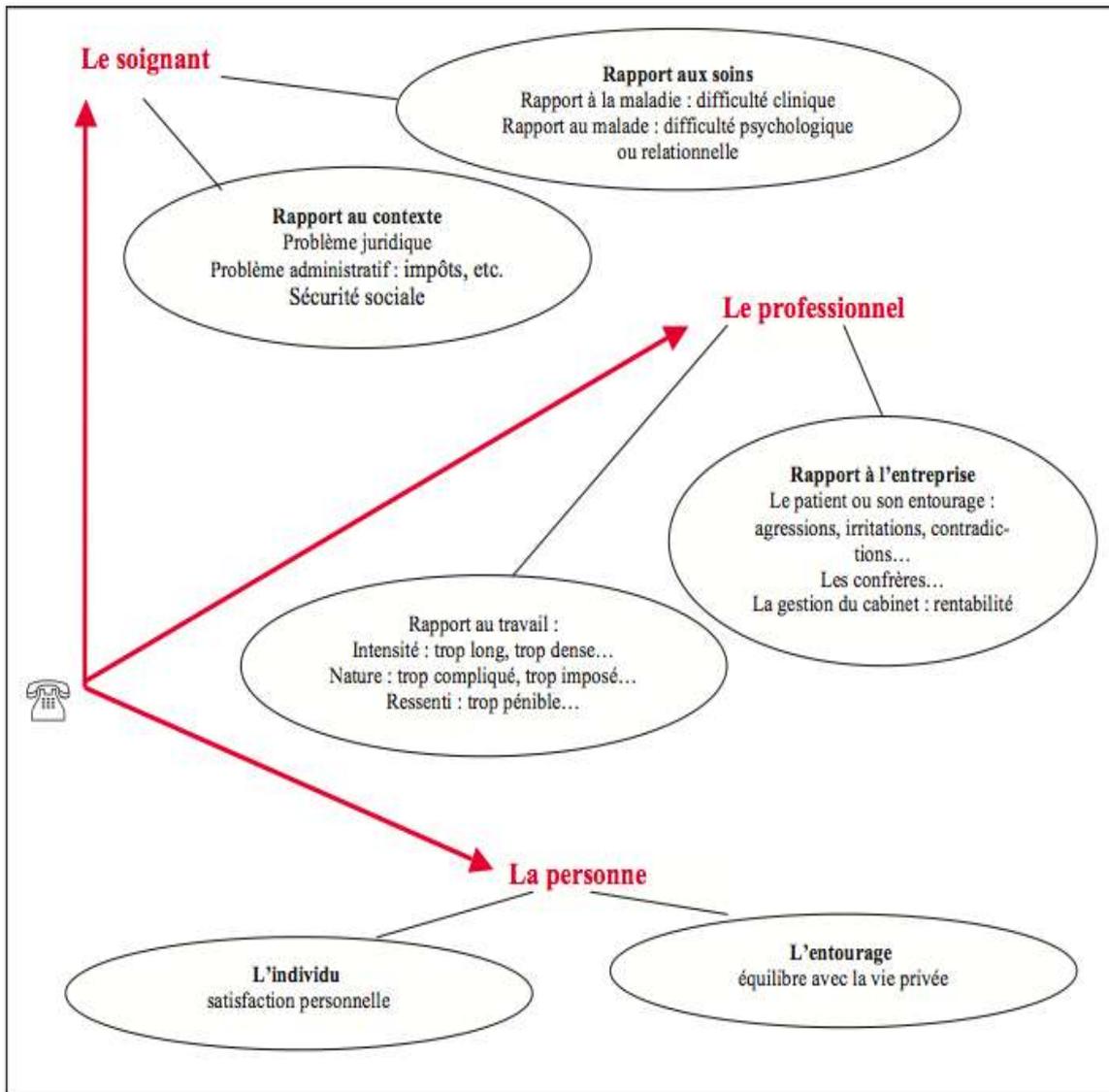
Le parcours du médecin malade au sein du dispositif de l'AAPML est développé dans la figure 5.

Figure 5 : Parcours du médecin-patient au sein du dispositif de l'AAPML [154]



Les problématiques envisagées par l'AAPML sont résumées dans la figure 6.

Figure 6 : les trois de réflexion et d'aide de l'AAPML [81]



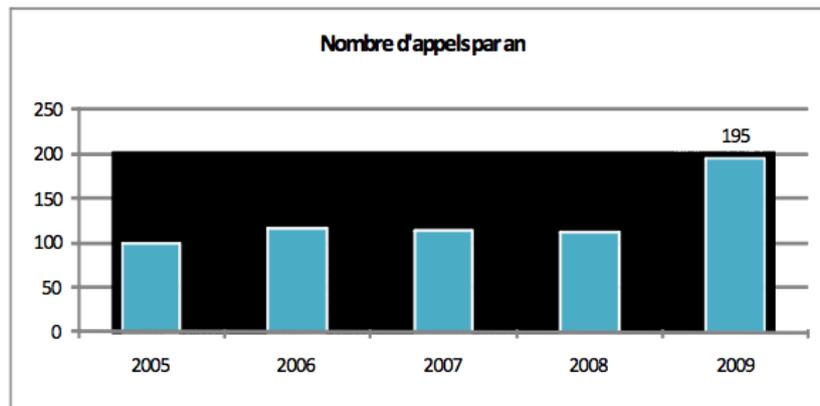
De plus, à l'issue de chaque appel, une saisie par les psychologues de certaines données recueillies au cours de l'entretien permet de mieux comprendre les souffrances des médecins et constituer à cet effet une base de données [253] :

- les éléments concernant l'appel : date, heure et durée d'appel
- les éléments concernant l'appelant : sexe, âge, spécialité, lieu d'exercice
- les éléments concernant le(s) problème(s): nature, intensité
- les éléments concernant le retentissement : addictions, traitements, suivi psychologique
- les éléments concernant le(s) perspectives : orientation

Quelques résultats [253]

Depuis la mise en place du service (chiffre jusqu'à fin 2009), il y a eu 638 appels (figure 7).

Figure 7 : Nombre d'appel par an au 0 826 004 580. Bilan quantitatif 2005-2009 [253]

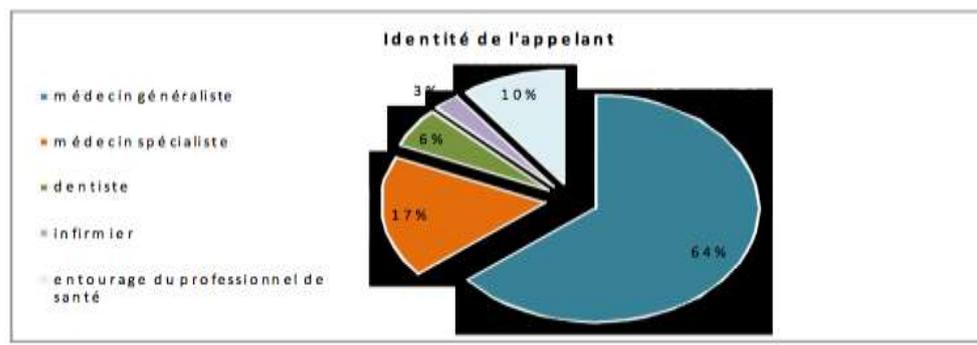


Les appels durent en moyenne 23 minutes. Un tiers des appels dure plus de 30 minutes. Dans plus de 75% cas, un seul appel est effectué.

Les premières données montrent que :

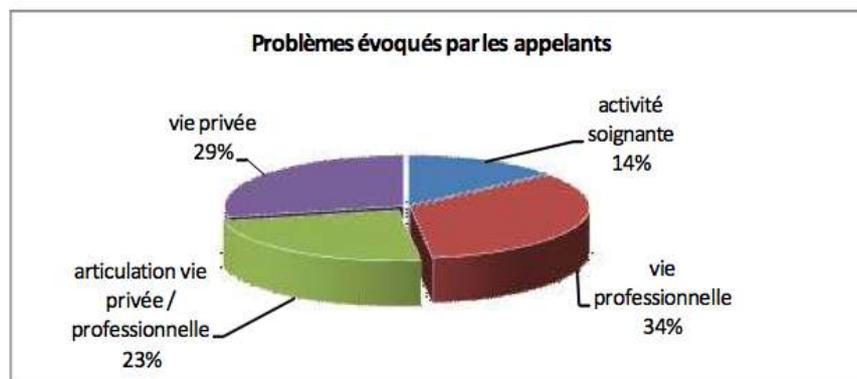
- la répartition des sexes est de 54% de femmes et de 46% d'hommes.
- la moyenne d'âge des appelants est de 51 ans. Les 40-60 ans représentent plus de 80 %, les 60-69 ans un peu moins d'un quart.
- Plus de la moitié des appelants (64%) sont généralistes, 10% sont des membres de l'entourage des professionnels de santé (figure 8) .

Figure 8 : Identité de l'appelant au 0 826 004 580. Bilan 2005-2009 [253]



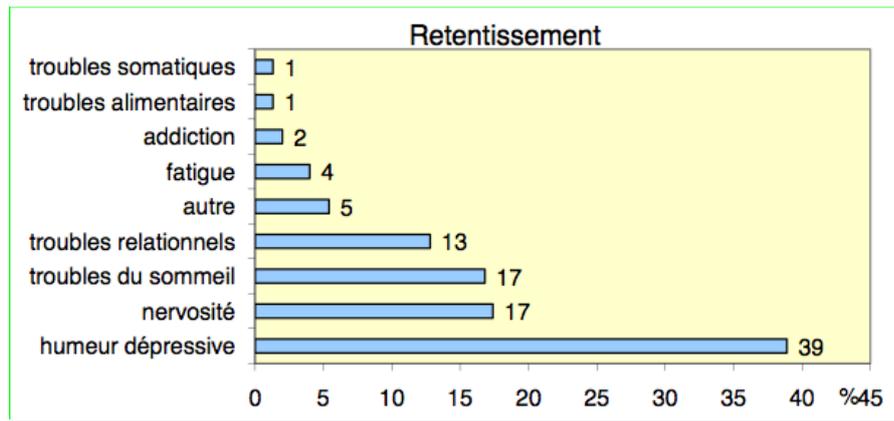
- Les problèmes évoqués concernent dans 34% des cas la vie professionnelle (l'épuisement, la charge de travail, la charge administrative, l'agressivité, la violence, les problèmes financiers, le rôle de médecin) , dans 29% la vie privée (problème familiaux, maladie, deuil), dans 14% l'activité soignante (la culpabilité de faire une erreur médicale, les difficulté diagnostiques et thérapeutiques, l'isolement, les difficultés à échanger avec des collègues), et dans 23% l'articulation vie professionnelle-vie privée (figure 9).

Figure 9 : Problèmes évoqués par les appelants au 0 826 004 580. Bilan 2005-2009 [253]



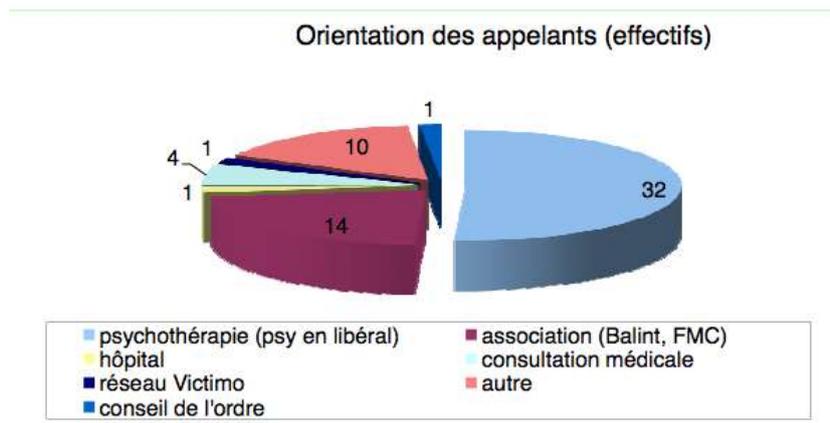
- L'objet de l'appel est un besoin d'écoute (58%), une demande d'information (31%), une demande d'orientation (11%).
- Le retentissement évoqué est très majoritairement une humeur dépressive (39%) (figure 10).

Figure 10 : Retentissement sur la santé évoquée par les appelants au 0 826 004 580. Bilan 2005-2009 [253]



- **86 % exercent au moment de l'appel, 9,2% sont en arrêt de travail, 0,4% en inactivité temporaire et 0,9% en incapacité.**

Figure 11 : Orientation des appelants du 0 826 004 580. Bilan 2005-2009 [253]



4.2.4.7.2. Association MOTS

En Haute-Garonne, il existe, depuis le début de l'été 2010, une association MOTS (Médecin Organisation Travail Santé) adossée au CDOM mais indépendante, séparant ainsi cette démarche de soutien de l'Ordre des médecins [56].

Le contact se fait téléphoniquement au **06 08 28 25 59**.

L'anonymat est respecté.

Une secrétaire de l'Ordre réceptionne l'appel, et une orientation vers le médecin de l'association est organisée. Ce médecin est un médecin du travail, ergothérapeute qui écoute et propose un audit professionnel et confidentiel aux médecins qui le souhaitent. Il leur fait ensuite des propositions d'amélioration de leurs conditions de travail et les oriente si besoin vers des spécialistes. Par son intermédiaire, les médecins en souffrance peuvent demander une consultation auprès d'une psychiatre, une aide auprès d'un expert-comptable lequel offre ses services à moindre coût pour les médecins en difficultés ou auprès d'un avocat.

Ce numéro est réservé, pour l'instant, aux médecins inscrits ou exerçant en Haute-Garonne. En deux mois, une dizaine d'appels a été répertoriée. Le *burnout* et les conflits professionnels constituent les premières raisons d'appels, suivis par des souhaits de reconversion professionnelle et des demandes relatives à l'organisation de l'activité médicale. MOTS envisage de s'étendre sur d'autres départements de Midi-Pyrénées. Il convient de souligner qu'une autre des missions de cette association est de faire jouer l'entraide entre confrère.

4.2.4.7.3. Les services d'entraide via les mutuelles

Certaines mutuelles comme le Groupe Pasteur Mutualité accompagnent et soutiennent les adhérents du Groupe se trouvant en situation de détresse ou de précarité.

Le Groupe Pasteur Mutualité veut proposer à ses adhérents une consultation de prévention de l'épuisement professionnel.

Une équipe animée par un professionnel de l'action sociale, rompue aux problèmes spécifiques des professionnels de santé, se tient à leur disposition et leur écoute dans le respect de la confidentialité.

Anonymat, confidentialité vis-à-vis des institutions, proximité géographique avec le lieu d'exercice et gratuité, telles sont les 4 exigences du corps médical auxquelles le Groupe Pasteur Mutualité entend se plier pour mettre en place pour ses adhérents une consultation de prévention de l'épuisement professionnel.

En effet, une enquête réalisée en octobre 2010, par le groupe, auprès de 3786 médecins montrent que 66% des médecins interrogés ont déclaré qu'une consultation de

prévention du *burnout* leur serait actuellement utile et 86% qu'ils pourraient en avoir besoin un jour. Face à ce mal-être du corps médical, l'assureur a donc lancé via le site www.souffrancedusoignant.fr un appel à candidature de médecins prêts à suivre une formation spécifique pour pouvoir apporter une première aide à des confrères en difficulté. L'objectif est de former au moins 45 médecins répartis sur le territoire national d'ici la fin de l'année 2011 pour que le système soit opérationnel dès janvier 2012. Par l'assureur, le médecin souffrant aurait accès à une liste de confrères formés exerçant à proximité, qu'il pourrait aller consulter directement. Cette première consultation de prévention serait prise en charge à hauteur de 3C par Pasteur Mutualité [194].

4.2.4.8. Les forums et les sites internet

De la même manière, les forums internet pourraient être développés, forums où les médecins n'ayant pas le temps d'aller voir un collègue pour parler pourraient prendre le clavier et échanger sans différer leurs temps de parole à l'exemple de nos collègues Québécois (appel à l'aide en constante augmentation de 50 à la création du site en 1990 à 350 en 2007).

Il existe un certain nombre de sites informatifs sur le sujet de la souffrance, du mal être et de l'épuisement.

- www.psya.fr
- www.aapml.fr
- www.souffrancedusoignant.fr

4.2.4.9. L'Association pour les soins aux soignants, APSS

Créée début 2009 à l'initiative de l'Ordre des médecins et de la CARMF, avec la collaboration de la fédération de l'hospitalisation privée, de la fédération hospitalière de France et du groupe Pasteur mutualité, elle a pour but de :

- rassembler tous les éléments d'information, notamment d'ordre statistique permettant d'apprécier l'état actuel des pathologies spécifiques des soignants et de se constituer à cet effet une base de données ;

- définir une politique commune pour répondre aux besoins spécifiques engendrés par ces pathologies, leur prévention, leurs traitements, le suivi des professionnels concernés, et une éventuelle réhabilitation ;

- constituer des structures d'accueil et de soins pour les soignants ;

- former les médecins et les personnels pour prendre en charge les soignants.

L'APSS sera garante de la qualité des soins et de la confidentialité indispensables.

Inspiré des réalisations étrangères, un contrat thérapeutique sera proposé aux soignés. Contre l'acceptation de soins précoces et efficaces en établissement labellisé par l'APSS, contre l'obligation d'accompagnement thérapeutique par un suivi médical étroit et un parrainage prolongé, le CNOM pourrait accepter la poursuite de l'exercice professionnel, alors que la CARMF serait disposée à envisager le paiement d'indemnités journalières sans délai de carence et dans une période d'aide à la reprise de l'activité après hospitalisation.

Ce fonctionnement implique la mise en place de procédures sécurisées respectant l'anonymat total des malades (une des causes du refus de se soigner), et suppose une formation des personnels soignants aux soins à cette population particulière.

Des médecins volontaires sont ainsi formés, comme c'est le cas pour une trentaine en Poitou-Charentes. Des réseaux de psychiatres et d'addictologues se mettent en place au niveau régional.

De même, les agences régionales de santé sont sollicitées de façon à obtenir des lits réservés à la prise en charge de soignants en détresse, déjà cinq établissements sont mobilisés, dont un en Ile de France.

4.2.4.10. Les conférences internationales sur la santé des médecins

C'est l'*American Medical Association*, en collaboration avec l'AMC, qui a lancé la première Conférence internationale sur la santé des médecins, il y a plus de 20 ans.

Tous les deux ans, la Conférence rassemble des spécialistes intéressés au domaine, encourage de nombreux pays à échanger de l'information et à créer des politiques et des programmes pour améliorer la santé des médecins. La collaboration continue résultera en une meilleure santé tant pour les médecins que pour la population, dans le monde entier.

Afin d'objectiver le suicide, le prévenir, le dépister et développer la prise en charge la plus adéquate, il paraît nécessaire de mettre en place et de développer des études nationales sur le sujet et des consultations spécifiques et adaptées [81]

4.3. À L'ÉTRANGER

Le CPME (Comité permanent des médecins européens) a adopté en 2003 un programme pour les médecins européens souffrant de problèmes mentaux et/ou d'une propension à la dépendance, devant le constat que les médecins et les professionnels de la santé en général sont les populations qui reçoivent le moins de soins. Le CPME a donc estimé nécessaire de coordonner et de développer des actions et des programmes communs dans tous les pays de la Communauté européenne : améliorer l'accès aux soins, garantir la confidentialité, développer des services de soins de santé en hospitalisation ou en clinique externe, favoriser des études sur la santé des médecins et leur condition de travail, protéger la santé des médecins en particulier en santé mentale. Ces programmes devraient être financés par les institutions publiques et gérés, contrôlés par des associations professionnelles.

Des programmes spécifiques de soins de médecins malades existent dans certains pays, au Canada, en Espagne, ils démontrent que ces aides spécifiques amènent de meilleurs résultats avec un nombre d'abandons plus réduit et un plus haut niveau de réhabilitations aux médecins soignés dans des services destinés à l'ensemble de la population [124].

Il convient de rappeler qu'en Catalogne ou au Québec, les médecins ont l'obligation d'être en bonne forme physique et mentale pour pouvoir exercer. Ils sont d'ailleurs soumis régulièrement à des visites d'aptitude.

4.3.1. AU CANADA

Il existe deux entités totalement différentes. La première, le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ), est un organisme autonome qui offre du soutien aux médecins en souffrance. La seconde, le programme de suivi administratif du Collège des médecins, est un programme de gestion de risques visant la protection du public.

4.3.1.1. Le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Le programme d'aide existe depuis 1990, il est issu de la volonté de médecins de mettre à la disposition de leurs collègues de la province toute entière une aide professionnelle et discrète en cas de besoin et de mener des campagnes de prévention et de sensibilisation.

Discrétion et confidentialité sont les deux piliers de ce programme [257].

Le siège social est à Montréal mais il existe des programmes dans toutes les provinces du Québec. En effet, le programme promeut la nécessité de sièges de psychiatres aux comités de toutes les provinces pour le bien être des membres du corps médical et le développement de groupes de soutien provinciaux pour les psychiatres qui traitent des professionnels de santé [81].

Le PAMQ est un organisme qui a été créé par les médecins pour les médecins. Ce sont eux principalement qui veillent à son financement par leur cotisation aux organismes dont ils sont membres. Les trois Fédérations de médecins (omnipraticiens, spécialistes et résidents), le Collège des médecins du Québec et l'Association des médecins de langue française du Canada assurent le financement.

4.3.1.1.1. Les missions

- Venir en aide aux médecins, résidents et étudiants qui seraient en difficulté pour des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme, de santé mentale, ou autres problèmes d'ordre personnel;

- Prévenir chez les médecins, les résidents et les étudiants en médecine l'émergence de tels problèmes;
- Favoriser et faciliter l'identification précoce et le traitement approprié des médecins, résidents et étudiants qui présentent un ou des problèmes ci-dessus mentionnés;
- Assister les médecins, résidents et étudiants en médecine dans leur insertion ou leur réinsertion dans l'exercice professionnel.

Ce programme s'appuie sur une série de recommandations devant régir la prise en charge des médecins atteints de maladie mentale, notamment le fait que tout médecin présentant des symptômes d'affection psychiatrique soit évalué sans tarder de préférence par un psychiatre qui ne soit ni un ami ni un collègue [80]. Elle insiste sur l'importance du secret professionnel.

4.3.1.1.2. Le public concerné

Les médecins, les résidents et les étudiants en médecine peuvent s'adresser en toute confidentialité au PAMQ en cas d'abus de substance, de troubles psychiques ou de problèmes personnels.

Les collègues, familles ou amis qui veulent des conseils et du soutien pour venir en aide à un collègue en difficulté même si celui-ci ou celle-ci refuse toute évaluation ou tout traitement. Les noms de ces sources de référence sont aussi gardés confidentiels.

4.3.1.1.3. Les soins

Ce service est gratuit pour tous les médecins et résidents québécois.

Il offre une aide discrète, compréhensive et professionnelle : entretien téléphonique et rencontre avec un des médecins du PAMQ, identification des problèmes et recherche de solutions, établissement d'un plan d'action, détermination des ressources appropriées et références personnalisées aux fins d'évaluation et de traitement, soutien tout au long de la démarche, réinsertion sociale et professionnelle assistée au besoin, suivi périodique par un des médecins du PAMQ jusqu'à rétablissement [124].

4.3.1.2. Le programme de suivi administratif des médecins

Ce programme a été créé par le Collège des Médecins en 1999. Il consiste en une surveillance accrue de l'aptitude à exercer et concerne des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine. L'aptitude d'un médecin à exercer est évaluée de façon globale selon les éléments suivants : l'état de santé, le niveau de compétence, l'efficacité et l'efficience cliniques.

Le programme est sous la responsabilité de la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE), dont la mission est de surveiller et d'améliorer la qualité de l'exercice des membres. Le Collège souhaite ainsi transmettre un message positif aux médecins en difficulté.

Avant que toute démarche soit entamée, le médecin signe un consentement afin d'autoriser le Collège à demander à son ou à ses thérapeutes, des rapports périodiques sur son état de santé. Durant le suivi, le responsable du programme a notamment pour rôle : d'obtenir des rapports périodiques portant sur l'évolution de l'état de santé du médecin concerné, son aptitude à exercer ainsi que les imitations ou restrictions recommandées, de s'assurer du respect des recommandations, de mettre sur pied des activités de perfectionnement en fonction des besoins particuliers du médecin inscrit au programme.

Au besoin, une rencontre peut avoir lieu entre le responsable du programme et le ou les thérapeutes du médecin afin de décider de l'encadrement requis pour son maintien ou son retour à l'exercice de la médecine.

Le suivi d'un médecin dure en moyenne deux ans, mais il peut être adapté à l'évolution de la condition médicale.

Sont également au centre des préoccupations du responsable : l'élaboration de critères d'évaluation des risques, les procédures d'accès à l'information, l'harmonisation des efforts effectués par divers intervenants afin d'aider le médecin en difficulté ainsi que la prévention.

4.3.2. EN ESPAGNE

En 1998, le Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade (PAIMM) est créé par l'Ordre des Médecins de Barcelone, par le Département de Santé et Sécurité Sociale de la Generalitat de Catalogne et le Service Catalan de Santé [80].

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de Catalogne y adhéra postérieurement.

Il a pour but d'assister les médecins qui présentent des problèmes psychiques et/ou des troubles de comportement de dépendance. La finalité est d'assurer à ces confrères des traitements adéquats de manière à ce qu'ils puissent exercer la médecine dans les meilleures conditions possibles et ainsi veiller à la santé de leurs patients.

Le PAIMM est un programme pionnier en Europe qui dispose de procédures collégiales (accès direct, confidentialité, utilisation des contrats thérapeutiques pour le supervision des cas complexes) et d'une unité d'assistance avec des services d'internement, d'hôpital de jour et de traitement ambulatoire, spécialisés et confidentiels, spécifiques pour les professionnels de la médecine.

À partir de l'expérience du PAIMM, le Conseil de l'Ordre des Médecins de Catalogne créa en début d'année 2001 la Fondation Galatea avec la finalité de, non seulement gérer le PAIMM, mais aussi de porter à terme l'analyse et l'étude de situations liées à la santé du médecin et d'autres professionnels sanitaires. Le but était de développer, directement et indirectement, des démarches pour améliorer la santé et le bien-être des professionnels de la santé tout comme la qualité de leur exercice.

Ainsi en 2001, les bases du « programme d'attention aux professionnels de santé avec des problèmes mentaux et des conduites addictives » sont posées : facilité d'accès aux soins pour les médecins, droit à la confidentialité et développement de la recherche en matière de santé mentale en relation avec les conditions de travail du corps médical.

4.3.2.1. L'unité clinique

Progressivement, des modalités de soins pour les soignants en exercice sont mises en place : d'abord sous forme d'une assistance ambulatoire puis des places en hôpital de jour sont créées. Quelques années après, c'est une structure spécifique qui est mise à disposition des médecins et des infirmiers, l'unité clinique du PAIMM aussi appelée clinique Galatea qui s'organise en divers domaines : hospitalisation, hôpital de jour et traitements ambulatoires.

Cette clinique est située à Barcelone. L'identité pour des raisons de confidentialité n'est pas révélée. La localisation du centre ne se communique aux patients qu'au moment d'initier le traitement.

4.3.2.1.1. Le service hospitalier

L'équipe soignante est composée de 7 psychiatres, d'1 consultant en médecine interne, de 4 psychologues, d'1 infirmière de coordination et de 4 infirmières diplômées.

Tout en étant un espace hospitalier, la zone d'hospitalisation est équipée afin que le séjour soit le plus détendu possible. La zone d'hospitalisation dispose de chambres individuelles avec toilettes, télévision, magnétoscope et un bureau. En plus, la zone dispose de salle à manger, salle de séjour équipée de musique, télévision, revues et presse, tout comme une salle de travail équipée d'ordinateurs connectés à Internet. Les patients peuvent accéder à d'autres services complémentaires qu'offre le centre. Quelques uns de ces services sont gratuits comme par exemple le gymnase équipé de machines de fitness. D'autres services payants sont aussi disponibles comme par exemple les services de coiffure, podologie et massages.

4.3.2.1.2. Le public concerné

Initialement limitée à la Catalogne, l'unité prend en charge les médecins membres d'ordre officiels et actifs, donc non en situation d'invalidité ou retraité. Elle accueille les médecins ayant besoin d'une prise en charge dans le domaine des désordres psychologiques, de l'épuisement professionnel et des addictions de toute l'Espagne mais aussi parfois d'autres pays comme le Portugal ou la France. Les membres directs de la famille (époux, parents, enfants) ne peuvent pas y être traités.

4.3.2.1.3. Le contact

Le numéro de téléphone catalan : **902 362 492.**

Un médecin spécialisé de l'unité offre confidentiellement toute l'information nécessaire.

Un premier entretien pourra être programmé pour réaliser une première approximation du problème. L'assignation d'un faux nom contribuera à préserver l'identité et la discrétion, en évitant la stigmatisation sociale que ce genre de maladies peut générer encore de nos jours.

4.3.2.1.4. Les soins

À partir du moment où le médecin – malade accède au traitement du Programme, il signera lors de la première visite le document d'acceptation d'entrée au programme, à travers lequel il accepte de suivre les règles thérapeutiques qui lui seront indiquées par son psychiatre, alors que le PAIMM s'engage à lui donner l'assistance et les services nécessaires jusqu'à l'aboutissement de sa récupération.

Les soins ont les caractéristiques suivantes [36, 252] :

- ils sont prodigués **gratuitement** pour les médecins de Catalogne et pour les médecins qui appartiennent à des Ordres professionnels, Communautés Autonomes, ou autres institutions qui se chargent des frais de leurs traitements et avec lesquels le PAIMM a établi des accords de collaboration.
- ils sont réalisés en **haute confidentialité**. Un nom d'emprunt est donné aux médecins patients à l'entrée, seules deux personnes connaissent leur identité pour des raisons de réception et de coordination des soins.
- **ils font l'objet d'un contrat thérapeutique entre le thérapeute et le malade, en collaboration avec des psychiatres d'autres structures, publiques et privées, qui interviennent si nécessaire.**

Le contrat thérapeutique a pour but de renforcer les accords thérapeutiques réalisés verbalement relatif à l'acceptation des indications et prescription faites au médecin malade par son médecin psychiatre. Le contrat n'a pas de valeur légale mais il reste un compromis moral entre les deux parties.

- **lors des premières 48-72 heures (selon la raison du séjour), les visites et appels téléphoniques seront restreints.**

Normalement, pour des désintoxications sans complication, la durée est d'environ de 15 ou 20 jours.

4.3.2.1.5. Les résultats

Ils sont très positifs dans la majorité des cas [36, 124, 252].

Jusqu'en 2008, quelques 1800 patients ont été pris en charge à la clinique : psychothérapie

individuelle, sessions de groupes, tests et évaluations psychiatriques, hospitalisation. La patientèle est constituée à 85% des patients médecins volontaires ; seuls 15% relèvent d'une injonction ordinale, faite par voie collégiale, sur signalement transmis à l'Ordre.

Le PAIMM suit de près les expériences similaires d'autres pays (Amérique du Nord, Canada, Australie) qui démontrent que les programmes spécifiques pour les médecins obtiennent de meilleurs résultats que les services destinés à l'ensemble de la population. Ces programmes spécifiques enregistrent un nombre d'abandons plus réduit et un plus haut niveau de réhabilitation.

4.3.2.2. Les autres plans d'action

L'unité permet aussi des suivis post thérapeutiques. Elle constitue également une cellule de réinsertion. Neuf médecins sur dix sont ainsi « replacés » dans le circuit professionnel après avoir été soignés [36].

La fondation Galatea propose également des programmes préventifs sur la préparation de la retraite, sur la prévention du *burnout* mais aussi favorise la recherche en contribuant à la publication de diverses études.

4.3.3. AU JAPON

À noter que depuis 1987, il existe une loi permettant la reconnaissance et l'indemnisation des victimes du *Karoshi* [183]. En effet, pour les japonais, le *karo jisatsu* (excès de travail) est un accident de travail.

Ainsi, les critères pour être reconnu et indemnisé reposent sur le nombre d'heures passées au travail [183] : la famille demandeuse doit justifier pour la victime d'un exercice professionnel de vingt-quatre heures consécutives la veille du décès ou d'au moins seize heures de travail par jour pendant une semaine entière avant le jour de la mort. Le mode de fonctionnement japonais diffère de celui européen. Le Japon a fondé une partie de sa réussite économique sur le nombre d'heures passées au travail, ce dernier devant être considéré comme un plaisir.

<i>Ce qui doit être retenu des expériences étrangères :</i>

Diagnostic précoce

Confidentialité

Confraternité avec signalement

Soins spécialisés

5. ENQUÊTE AUPRÈS DES PSYCHIATRES DE LOIRE ATLANTIQUE

5.1.DESCRPTION DE L'ENQUÊTE

5.1.1. CONTEXTE DE L'ENQUÊTE

Plusieurs études ont montré un mal être important chez les médecins, un certain nombre ont mis en évidence l'épuisement important dans la profession. Mais peu d'articles évoquent la dynamique suicidaire du médecin et encore moins décrivent leur prise en charge.

Ce constat nous a incités à mener une enquête dans le but de préciser cette situation en Loire-Atlantique.

Cette enquête s'attache à étudier la relation psychiatre - médecin suicidant et s'intéresse aux mesures préventives proposées par les psychiatres pour limiter le risque de suicide des médecins. Nous souhaitons recueillir la perception, voire l'autoévaluation, des psychiatres du département quant à leur intervention dans la prise en charge de leurs collègues en souffrance, notamment autour de la question du suicide.

5.1.2. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

Les objectifs de cette enquête menée auprès des psychiatres de Loire-Atlantique sont les suivants :

- Objectiver indirectement le mal-être psychique des médecins conduisant parfois aux idéations suicidaires, au passage à l'acte suicidaire. En apporter une certaine quantification,
- Permettre aux psychiatres « traitants » de s'exprimer sur la relation médecin soignant – médecin suicidant,
- Mettre en évidence les facilitations et complications de cette relation,
- Décrire les modalités de soins dans ce contexte,
- Proposer des mesures aux jeunes médecins en formation et aux médecins en exercice pour prévenir la survenue d'idées suicidaires,
- Discuter des réponses institutionnelles et individuelles pour y remédier.

Les objectifs relèvent ainsi de 4 registres :

- Descriptif : précision du nombre et du profil des médecins suivis par un psychiatre pour une symptomatologie suicidaire,
- Pédagogique : information sur la prise en charge d'un médecin malade par un confrère,
- Préventif : proposition de moyens par les médecins eux mêmes,
- Politique de santé publique : reconnaissance du phénomène et de la nécessité de développer des moyens.

5.1.3. TYPE D'ENQUÊTE

Il s'agit d'une étude descriptive de type qualitatif.

Elle consiste en la réalisation d'une enquête auprès des psychiatres de Loire-Atlantique inscrits au Conseil Départemental en avril 2011. Elle a été effectuée à l'aide d'un questionnaire anonyme acheminé par voie postale (annexe 4).

5.2.MÉTHODE ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

5.2.1. SÉLECTION DES MÉDECINS INTERROGÉS

5.2.1.1. Recherche de la population cible

Pour notre étude, nous avons besoin de contacter le maximum de psychiatres de manière simple et non intrusive afin de leur présenter brièvement l'objet de notre étude, les y intéresser et les inviter à se porter volontaires pour répondre à notre enquête.

Nous avons contacté le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique pour lui présenter notre projet de thèse. Nous avons été reçus par son président, le Docteur Jean-Louis Clouet, qui s'est montré très intéressé par notre sujet. Il nous a proposé son soutien, nous a indicé la liste des psychiatres inscrits et nous a octroyé une aide financière pour couvrir les frais de secrétariat.

5.2.1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour participer à notre étude, les psychiatres devaient répondre aux **critères d'inclusion** suivants :

- être psychiatre,
- être inscrit au tableau du Conseil Départemental de Loire-Atlantique le 13 avril 2011.

Nous avons exclu les médecins répondant aux **critères d'exclusion** suivants :

- psychiatre inscrit au tableau « remplaçants et non installés »,
- psychiatre inscrit au tableau « en activité mais sans adresse postale »,
- médecin généraliste avec une discipline complémentaire en psychiatrie.

5.2.2. MATÉRIEL ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

5.2.2.1. Contenu du questionnaire

Il comprend une feuille recto verso. Il était impératif que le questionnaire soit facile à remplir pour éviter tout aspect rébarbatif et donc augmenter le taux de réponses exploitables. Le questionnaire se compose de trois parties.

5.2.2.1.1. Première partie : présentation des psychiatres

Nous questionnons le médecin sur ses caractéristiques démographiques son sexe, son âge mais aussi sur ses caractéristiques professionnelles, son temps et type d'exercice, son orientation thérapeutique privilégiée et enfin sur son suivi médical à travers l'existence ou non d'un médecin traitant, de son caractère formel ou informel.

5.2.2.1.2. Deuxième partie : relation aux médecins soignés

Nous abordons la prise en charge de médecins suicidaires.

Le médecin interrogé est invité à chiffrer le nombre de suivis de médecins suicidaires pendant sa carrière, et le nombre moyen estimé de nouveaux cas par an.

Nous cherchons ensuite à caractériser les médecins suicidaires par leur type d'exercice, le mode d'adressage et le contexte initial de la prise en charge.

Nous tentons également d'évaluer la place de la question suicidaire dans la première consultation.

Puis, le thérapeute est invité à parler de son ressenti sur les facilitations et les complications de cette relation, à développer les modalités de soin et d'hospitalisation si elle est nécessaire

5.2.2.1.3. Troisième partie : éléments de prévention

Nous interrogeons sur l'abord du suicide du médecin durant les études médicales et sur l'intérêt de développer des moyens spécifiques de prévention pour cette problématique. Nous invitons le psychiatre à proposer des mesures.

5.2.2.2. Déroulement de l'enquête

Après avoir appliqué les critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons finalement contacté 250 psychiatres.

Les 250 enveloppes envoyées sont parties le même jour.

Elles contenaient :

- une lettre d'introduction,
- un questionnaire anonyme avec les consignes de remplissage,
- une enveloppe préaffranchie pour le retour des réponses.

La lettre d'introduction et le questionnaire peuvent être retrouvés en annexe 4.

La lettre d'introduction décrivait succinctement le contexte, l'objectif de l'étude et la démarche de recherche mise en œuvre. Elle sollicitait la participation des psychiatres pour l'enquête. Les médecins intéressés étaient invités à répondre à l'enquête à l'aide des consignes de remplissage.

L'enquête a été envoyée le 2 mai 2011, les médecins avaient jusqu'au 20 mai 2011 pour la retourner à l'aide de l'enveloppe réponse affranchie. Les réponses retardataires ont été acceptées jusqu'au 1 juillet 2011.

Il n'y a pas eu de relance, ni par courrier, ni par téléphone, relances non prévues au protocole.

5.2.2.3. Test préliminaire de l'enquête

Avant de commencer l'enquête, nous avons réalisé une « enquête - test » pour l'évaluer et l'améliorer. Il s'agissait de psychiatres universitaires de l'interrégion ouest, PU-PH et chefs de cliniques, ne faisant pas partie de la population étudiée, ayant accepté de répondre à notre enquête. Cela nous a permis de modifier la formulation de certaines questions ou la notification des consignes.

5.2.3. LA RETRANSCRIPTION ET L'ANALYSE DES DONNÉES

Après avoir recueilli la totalité des réponses, chaque courrier a été étudié et un numéro d'ordre unique leur a été attribué. Le psychiatre 1, 2, 3... Cette modalité a permis une anonymisation des réponses et une facilitation au maniement des données.

5.2.3.1. LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Aucune donnée directement ou indirectement nominative ne sera transmise à quiconque. Seules des données anonymes et résumées seront communiquées dans le cadre de l'analyse statistiques des résultats.

5.2.3.2. LA SAISIE ET CODAGE DES DONNÉES

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel 2008.

5.2.3.3. L'EXPLOITATION DES DONNÉES

Pour l'exploitation des données, nous avons anticipé la possibilité d'une réponse non homogène du questionnaire et avons décidé de toute les inclure.

L'analyse des réponses s'est faite question par question de façon à exclure de l'item les psychiatres n'ayant pas répondu comme ce qui avait été attendu.

Le but était de ne pas perdre des informations.

L'analyse des données s'est réalisée comme suit :

5.2.3.3.1. Analyse des données quantitatives

Les questions quantitatives, à savoir le nombre estimé de suivis de médecins suicidaires par le psychiatre dans sa carrière et le nombre estimé de nouveaux cas par an, ont fait l'objet de regroupement en sous-groupes en fonction des réponses obtenues et sont présentées sous forme de tableaux.

Les autres questions quantitatives (âge, temps d'exercice) ont fait l'objet de moyennes.

5.2.3.3.2. Analyse des données qualitatives

Les questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse thématique et sémantique pour permettre une exploitation des données. Les résultats sont exprimés en fraction et en pourcentage.

Nous illustrons ces thématiques par des citations issues des formulaires des réponses.

Les questions par classement en fréquence, à savoir les items sur le type d'exercice des patients, sur leur mode d'adressage, sur le contexte initial de la consultation, et sur les structures d'hospitalisation, nécessitaient une cotation par fréquence en fonction des situations rencontrées : de 1 (cas le plus fréquent) jusqu'au chiffre correspondant au nombre de propositions. Nous avons choisi de sélectionner et analyser pour chacune de ces questions, les trois réponses les plus fréquentes.

De façon à mettre en avant ces modalités de réponses, les données seront présentées sous forme de tableaux.

5.3.RÉSULTATS

Le sujet du suicide chez les médecins nous intéresse tout particulièrement et c'est avec beaucoup d'attention que nous avons lu les réponses du questionnaire.

5.3.1. PARTICIPATION A L'ENQUÊTE

L'enquête a été adressée à 250 psychiatres de Loire-Atlantique le 2 mai 2011. Nous avons recueilli leurs réponses du 2 mai 2011 au 1 juillet 2011.

Nous avons obtenu les réponses de 103 psychiatres différents, soit un taux de réponse de 41,2%.

5.3.2. PRÉSENTATION DES PSYCHIATRES RÉPONDANTS

103 psychiatres ont répondu, leurs caractéristiques étaient les suivantes.

5.3.2.1. Caractéristiques démographiques des répondants

5.3.2.1.1. Sexe

Dans notre étude les hommes sont au nombre de 57, soit 55,3% et les femmes au nombre de 46, soit 44,7%, ce qui est très représentatif de la population de psychiatres contactée où les hommes représentent 55,2% et les femmes 44,8%.

5.3.2.1.2. Âge

L'âge moyen des psychiatres est de 47 ans (49 ans pour les hommes et 44 ans pour les femmes).

5.3.2.2. Caractéristiques professionnelles des répondants

5.3.2.2.1. Nombre d'années d'exercice

Le nombre moyen d'années d'exercice est de 18 ans (20 ans pour les hommes et 16 ans pour les femmes).

5.3.2.2.2. Type d'exercice

Dans notre enquête, les psychiatres exercent une activité à l'hôpital pour 60,2%, en clinique pour 7,8%, en libéral pour 34%. Certains psychiatres ayant des doubles activités, les résultats ne font pas 100%.

Ces résultats sont assez représentatifs de la population étudiée 52% d'hospitaliers, 6% de médecins exerçant en clinique, 42% de libéraux.

5.3.2.2.3. Orientation thérapeutique privilégiée

Les orientations se repartissent ainsi : psychanalyse 44,7%, TCC 10,6%, systémie 18,4%, chimiothérapie 29,1%, pédopsychiatrie 15,5%, thérapie brève 20,4%, psychiatrie générale 4,9%, entretien motivationnel 1%.

Le résultat est supérieur à 100%, certains ayant coché plus d'une orientation.

5.3.2.3. Gestion de leur sante : affiliation à un médecin traitant

102 médecins sur 103 ont répondu à la question.

1 psychiatre a trouvé la question indiscreète et n'a pas souhaité répondre.

93 des psychiatres ayant répondu à cet item (93/102) disent avoir un médecin traitant soit 91,2%.

Parmi ces 93 psychiatres, 34,4% se sont désignés eux-mêmes comme médecin traitant, 3,2% ont désigné leur conjoint et 4,3 % un ami, ainsi environ 60% ont un médecin traitant dans une relation strictement professionnelle.

Les psychiatres n'ayant pas d'affiliation à un médecin traitant évoquent les consultations par « *le médecin du travail* » ou ponctuellement « *auprès de collègues* ». Ils expliquent l'absence de suivi par « *flemme* », « *manque de temps* », « *négligence* » ou par le fait de « *ne pas en avoir besoin* », « *ne pas être souvent malade* », « *être jamais malade* », « *n'avoir aucun antécédent médical particulier* ».

5.3.3. ANALYSE TRANSVERSALE DE LA RELATION AUX MÉDECINS SUICIDAIRES

5.3.3.1. DONNÉES QUANTITATIVES

5.3.3.1.1. Nombre de psychiatres ayant eu en charge des médecins suicidaires

63 psychiatres ont eu en charge au moins une fois un médecin suicidaire, soit 61,2%.

Dans plus de 60% des cas, il s'agissait d'un psychiatre homme.

Les psychiatres n'ayant pas rencontré de médecin suicidaire déclarent à 92,5% ne pas avoir été sollicités.

Aucun psychiatre n'a répondu avoir refusé ce type de suivi.

5.3.3.1.2. Nombre estimé de suivis de médecins suicidaires dans leur carrière

Parmi les 63 psychiatres ayant eu en charge au moins une fois un médecin suicidaire, 58 ont répondu à cette question.

Après analyse des données, nous nous sommes autorisés à les regrouper et proposer la répartition qui suit :

Nombre estimé de suivis de médecins suicidaires dans leur carrière	< 5	≥ 5 et < 20	≥20	Total
Nombre de psychiatres correspondants	29	18	11	58

Il est noté que 2 psychiatres disent en avoir plus de 50, l'un exerçant à l'hôpital, l'autre en clinique.

5.3.3.1.3. Nombre moyen estimé de nouveaux cas par an

Pour cet item, ce sont 60 psychiatres (60/63) qui ont communiqué des données.

Nous avons procédé de la même manière que la question précédente, et proposons les 3 sous-groupes suivants :

Nombre moyen estimé de nouveau cas par an	< 1	≥ 1 et < 5	≥ 5	Total
Nombre de psychiatres	38	20	2	60

Ce tableau est concordant avec la question précédente.

Parmi les psychiatres ayant eu en charge des médecins suicidaires, la majorité en reçoivent moins de 1 par an et nous retrouvons les deux psychiatres mis en avant pour le suivi de médecins suicidaires lesquels reçoivent au moins 5 médecins par an.

5.3.3.2. DONNÉES QUALITATIVES

5.3.3.2.1. Type d'exercice des médecins patients

61 psychiatres (61/63) ont répondu.

5 réponses (5/63) ne sont pas exploitables (absence de cotation par fréquence).

Après analyse des résultats (56/63), nous obtenons le tableau suivant :

Type d'exercice des médecins patients	Hospitalier	Clinique	Libéral	Total
Choix premier	17	1	38	56
Choix deuxième	15	3	7	-
Choix troisième	1	15	0	-

Pour les psychiatres consultés, si nous considérons le premier choix par fréquence, le type d'exercice des médecins suicidaires est majoritairement libéral (38/63) soit 60,3%.

Ce résultat est corroboré par les deuxième et troisième choix.

5.3.3.2.2. Mode d'adressage des médecins patients

62 psychiatres (62/63) se sont penchés sur la question.

7 psychiatres (7/63) ont fourni des données non exploitables (absence de cotation par fréquence).

Après lecture des résultats (55/63), nous obtenons le tableau suivant :

Mode d'adressage	Spontané	Ami Conjoint	Psychiatre	Expertise	Médecin Conseil	Médecin Traitant	Conseil De L'Ordre	UMP	Comité Médical	Total
Choix premier	23	10	6	1	0	4	0	10	1	55
Choix deuxième	8	11	7	1	0	8	2	0	2	-
Choix Troisième	4	5	5	2	1	1	1	3	2	-

Pour les psychiatres consultés, si nous examinons le premier choix, le mode d'adressage des médecins suicidaires est surtout spontané (23/55 soit 40%).

La démarche personnelle plus ou moins suscitée par l'entourage semble être privilégiée (43/55 soit 78,2 %). L'abord médical (médecin traitant, psychiatre, UMP) arrive ensuite.

Le reste des données nous semble peu exploitable.

5.3.3.2.3. Contexte initial de la prise en charge

62 psychiatres (62/63) ont donné une réponse laquelle n'était pas exploitable (absence de cotation par fréquence) pour 7 d'entre eux (7/62).

Nous parvenons au tableau suivant (55/63) :

Motif de consultation	Tentative de suicide	Idées suicidaires	Dépression	Burnout	Addiction	Séparation Deuil	Autres	Total
Premier choix	5	7	27	4	9	0	3	55
Deuxième Choix	2	9	12	13	7	2	0	-
Troisième choix	4	5	3	6	8	3	0	-

En considérant le premier choix des psychiatres consultés, le contexte initial du suivi est la dépression pour près de 50% des cas (27/55), suivie de la crise suicidaire (idées suicidaires, tentative de suicide) pour près de 20%, et des addictions pour un peu plus de 15%.

3 psychiatres ont proposé en premier choix la case « **autre** » avec comme explication donnée la décompensation psychotique pour deux d'entre eux et le harcèlement moral pour l'autre.

5.3.3.2.4. Abord de la question suicidaire lors de la première consultation

61 psychiatres répondent à la question, parmi eux, 52 abordent dès la première consultation la question suicidaire, soit 85,2%.

Parmi les 9 qui répondent négativement, 3 expriment la pudeur, aucun n'exprime le manque de temps.

Il est noté que 2 personnes ne répondent pas à la question.

5.3.3.2.5. Spécificité dans la prise en charge d'un confrère malade

5.3.3.2.5.1. *Au niveau des facilitations*

31 psychiatres consultés ont renseigné toute la question (31/63).

En effet, bien que 63 médecins disent avoir eu en charge des médecins suicidaires, plus de la moitié n'ont pas répondu à la question (32/63), parmi lesquels 3 ont barré le cadre de la question.

A partir des 31 réponses, nous découvrons que 11 psychiatres évoquent clairement qu'il n'existe « aucune » ou « pas » de facilitation dans la relation psychiatre soignant – médecin suicidaire, soit plus du tiers de ceux qui ont répondu (11/31).

Nous avons regroupé les 20 réponses sur les facilitations dans la prise en charge en 3 thèmes :

- la confraternité (13/20),
- l'adhésion aux soins (8/20),
- la reconnaissance de la symptomatologie (7/20)

5.3.3.2.5.1.1. La confraternité

La confraternité est souvent citée comme une facilitation *« tissage plus rapide de l'alliance thérapeutique car à la relation médecin malade s'ajoute la confiance confrère – confrère », « la confraternité si on ne tombe pas dans ses pièges, complaisance, peut faciliter l'établissement d'une relation chaleureuse et de confiance », « bonne confiance et alliance », « contact facile », « empathie », « identification ».*

5.3.3.2.5.1.2. L'adhésion aux soins

Elle est mise en avant par la *« meilleure alliance aux traitements », « l'assimilation rapide du traitement », « la bonne conscience des traitements et de l'intérêt d'un suivi »,* et par la notion d'une *« facilité à la prise en charge proposée ».*

5.3.3.2.5.1.3. La reconnaissance de la symptomatologie

Il est noté une *« certaine facilité à admettre la lourdeur de leur souffrance », « conscience de la clinique », « facilitation du récit et de l'exposition des troubles y compris des idées suicidaires », « déclaration rapide des symptômes », « meilleure prise de conscience de la gravité de son état », « meilleure compréhension de leur état », « meilleure connaissance des enjeux de la maladie », « assimilation rapide des informations relatives à la pathologie ».*

5.3.3.2.5.2. Au niveau des complications

De la même manière que pour les facilitations, sur les 63 psychiatres consultés, 48 se sont penchés sur cette question (48/63).

5 évoquent « *l'absence de difficultés* » particulières tandis que 4 insistent sur la « *difficulté* » de la relation sans apporter plus de précisions. Aussi sur les 48 psychiatres qui ont répondu à cette question, 43 ont noté des complications dans la prise en charge soit près de 90%.

Cette question ouverte a permis à partir des 39 restantes de faire ressortir deux types de complications : celles du soigné et celles du soignant.

Pour chacune nous nous sommes permis de les regrouper en différents thèmes.

Au niveau du soigné :

- les défenses (18/39),
- la résistance à l'organisation des soins (16/39),
- la confraternité (13/39).

Au niveau du soignant :

- la confraternité (17/39),
- le cercle social commun (3/39),
- les réticences du soignant (3/39).

5.3.3.2.5.2.1. Au niveau du soigné

- **Les défenses :**

Les psychiatres soignants soulignent que les médecins soignés souffrent beaucoup de leur « *défenses* », de leur « *méconnaissance des troubles* », de leur « *difficulté dans la prise de conscience des troubles* », de la « *banalisation* », du « *déni partiel ou total* », et « *de croyances erronées* ». Ils sont « *persuadés qu'ils sont les seuls et doivent s'en sortir seul* », « *ils ont honte* », et « *craignent d'être jugé* »

Il est noté le recours à la « *rationalisation médicale* », à « *l'intellectualisation* », aux « *contrôles* », à la « *maitrise* » et à l'utilisation des « *connaissances médicales sur un mode défensif* ».

- **La résistance à l'organisation des soins :**

16 thérapeutes ont mis en avant la difficulté de la prise en charge.

Celles-ci se situent à différents niveaux :

- difficultés à accepter les traitements (8 psychiatres) avec des « *questionnements sur le choix de telle molécules par rapport à une autre* », « *difficulté dans l'adhésion aux traitements* », « *réticence à la mise en route d'un traitement* », d'autant plus qu'il existe des biais liés à l'automédication (6 psychiatres),
- difficulté à concevoir un arrêt de travail (3 psychiatres),
- difficulté à envisager une hospitalisation (1 psychiatre).

Un médecin relève des complications liées à l'absence de médecin traitant.

- **La confraternité**

Plusieurs psychiatres notent la difficulté pour les médecins soignés à être pris en charge par un confrère, « *difficulté à être pris en charge par un autre médecin qu'eux-mêmes* », « *difficulté d'appréciation des connaissances cliniques du confrère dans le domaine psychiatrique* », « *rivalité plus ou moins consciente* », « *difficulté des médecins à avoir confiance dans leurs confrères* », « *difficulté à quitter la place de confrère* », « *relation thérapeutique parasitée par la confraternité sur un mode défensif* », « *position haute du confrère soigné* », « *volonté d'être au top par rapport à un confrère* », « *Crainte du jugement du confrère soignant* ».

5.3.3.2.5.2.2. Au niveau du soignant

- **La confraternité**

La difficulté à garder une distance relationnelle suffisamment bonne est exprimée par bon nombre de thérapeutes « *problème de distance du soignant dans la relation* », « *difficulté à garder ses distances avec le soigné* », « *position du thérapeute difficile du fait de la dimension confraternelle* », « *impression d'être jugé dans les deux sens* », « *confusion des rôles* », « *inversion des rôles* ».

L'identification du soignant au soigné est mise en avant par les termes « *relation en miroir voire transfert narcissique qui peut aussi bien constituer une impasse qu'un levier thérapeutique s'il est convenablement élaboré* », « *trop d'empathie* », « *difficultés liées à l'identification* ».

- **Le cercle social commun :**

Cette position est d'autant plus compliquée qu'il peut exister un réseau social commun (cercle amical, cercle professionnel) « *amis en commun* », « *connaissance en commun* » « *relation en commun* »

- **Les réticences du soignant**

Il est pointé quelques défenses au niveau du médecin soignant « *difficultés pour le soignant à porter le poids et la responsabilité de la prise en charge* », « *envie d'éviter le soin d'un confrère* », « *bonne connaissance des traitements et donc augmentation du risque vital en cas d'idées suicidaires.* »

5.3.3.2.6. Modalités de soins

58 thérapeutes (58/63) ont répondu, en effet, 5 psychiatres (5/63) n'ont rien écrit dans cette case.

10 thérapeutes (10/58) pensent que les modalités de soins sont « *identiques* » aux autres patients.

Les modalités de soins sont axées sur :

- une psychothérapie (37/58),
- une chimiothérapie (28/58),
- une hospitalisation (10/58),
- une orientation vers un confrère spécialisé (4/58),
- un arrêt de travail (3/58),
- une promotion à l'affiliation à un médecin traitant (1/58).

1 psychiatre note qu'il s'agit « *souvent d'un réajustement thérapeutique de traitement initié par le confrère lui-même* ».

3 psychiatres évoquent des modalités de consultations spécifiques soit par leur fréquence « *plurihebdomadaire* », soit par leur horaire « *consultations tardives* » pour conserver l'anonymat.

5.3.3.2.7. Organisation de l'hospitalisation

5.3.3.2.7.1. *Structure privilégiée*

46 réponses (46/63) ont pu être exploitées.

En effet, 14 médecins (14/63) n'ont pas répondu à cette question et 3 réponses (3/63) n'étaient pas analysables (absence de codage par fréquence).

Les résultats sont les suivants (46/63) :

	Hôpital public du secteur	Hôpital public hors secteur	Clinique privée	Total
Choix premier	7	7	32	46
Choix deuxième	6	13	9	-
Choix troisième	17	1	2	-

Pour les psychiatres consultés, quand une hospitalisation est nécessaire celle-ci se fait majoritairement en clinique privée (32/46).

Les deuxième et troisième choix sont concordants au premier.

L'hospitalisation publique hors secteur semble être la seconde possibilité, celle du secteur la dernière.

5.3.3.2.7.2. *Organisation de l'hospitalisation*

43 psychiatres ont apporté des données. Bien qu'ayant pris en charge des médecins suicidaires, 20 psychiatres (20/63) n'ont pas répondu à cette question ouverte.

Sur les 43 psychiatres répondants, 6 soulignent que cette hospitalisation se déroule dans le « *cadre thérapeutique habituel* », « *sans particularité* », et « *sans grande spécificité* ».

14 psychiatres (14/43) disent prendre contact avec le psychiatre de l'institution d'accueil afin d'informer et d'organiser l'hospitalisation du confrère, mais aussi afin d'obtenir un accord préalable pour 3 d'entre eux (3/43).

Le caractère confidentiel de la prise en charge est relevé par 5 psychiatres (5/43).

La sollicitation de l'entourage est notée par 2 psychiatres (2/43).

Beaucoup de psychiatres se sont attachés à décrire les structures d'accueil.

Aussi, cette hospitalisation, quand elle a lieu, se met en place généralement en dehors du lieu d'exercice du médecin malade en hôpital ou en clinique. Elle semble se compliquer devant le critère de « *l'urgence* » où l'hospitalisation se fait alors souvent sur le secteur du patient.

L'avis du patient sur la structure d'hospitalisation est pointé par 4 psychiatres (4/43).

5.3.4. ÉLÉMENTS DE PRÉVENTION

5.3.4.1. Abord du sujet du suicide du médecin pendant les études médicales

89 psychiatres (89/103) ont renseigné cette question soit 86,4%.

14 psychiatres n'ont pas répondu parmi eux 3 ont annoté un point d'interrogation.

Pour 97,8% des répondants, le sujet du suicide du médecin n'est pas assez abordé durant les études médicales.

5.3.4.2. Moyens spécifiques dédiés à cette problématique

92 psychiatres (92/103) ont coché une réponse, soit 89,3%.

En effet, 11 psychiatres n'ont pas répondu, dont 3 ont émarginé cet item d'un point d'interrogation.

30 psychiatres (32,6%) pensent qu'il n'est pas nécessaire de développer des moyens spécifiques dédiés à la problématique du suicide chez le médecin.

Il est noté que c'est le terme « *spécifique* » qui semble poser question.

En effet, 8 médecins ont coché « *non* » à la question préalable en soulignant la non spécificité « *en quoi la spécificité de l'identité professionnelle* », « *ce n'est pas parce qu'il s'agit d'un médecin que la problématique suicidaire est spécifique* » « *pas de spécificité* », « *pas forcément spécifique* » mais ont tout de même énoncé des propositions de prévention que nous avons exploitées.

De même, 1 médecin a répondu positivement et négativement à l'intitulé, soulignant probablement là aussi l'ambiguïté de la question.

Ainsi, 70 réponses ont été exploitées.

Les psychiatres ont mentionné différentes formes de prévention.

Au total, 5 grands thèmes ont été inventoriés se répartissant ainsi :

- L'information et la formation sur le thème du suicide des médecins dès les études médicales (30/70),
- La santé du médecin (22/70),
- La formation sur l'identité du médecin et l'exercice médical (19/70),
- La mise en place de filière de soins spécialisés (17/70),
- La place de l'institution (17/70),
- La réflexion par la pratique en groupe (15/70).

5.3.4.2.1. L'information et la formation sur le suicide

Elle est sollicitée pour « *dédiaboliser le sujet* », « *sortir du tabou* », faire prendre « *conscience que la déprime n'est pas honteuse* », et « *sortir ces suicides de la clandestinité* ».

5.3.4.2.2. La santé du médecin

Un certain nombre de médecin abordent la question de la prise en charge de la « *santé du médecin* », « *se prendre en charge soi-même pour soigner les autres* », « *apprendre à consulter pour eux-mêmes* », « *avoir l'humilité de devenir patient et de perdre son regard de médecin sur lui-même* » à travers notamment l'affiliation à un médecin de référence « *exhorter à avoir un médecin de référence* » (5 psychiatres), à travers la « *lutte contre l'automédication* » (5 psychiatres).

5.3.4.2.3. La formation sur l'identité du médecin et l'exercice médicale

La formation sur « *l'identité du médecin* », à savoir ses qualités et ses défauts, comme sa « *maitrise liée à son travail, à son savoir* », son invulnérabilité « *ils sont sensés être normaux* », « *quitter la toute puissance médicale favoriserait l'expression à temps des souffrances* », sa difficulté à « *connaître ses limites* », nécessitant « *un travail sur la sacralisation médicale* », ses motivations « *le choix de cette profession* », « *on ne choisit pas par hasard* », « *prendre en compte nos blessures et les soigner peut permettre d'avoir une attitude thérapeutique plus juste avec nos patients et diminuer les risques de burnout* ».

La formation sur les « *difficultés liées au métier* », « *le quotidien du médecin* », et la « *fragilité inhérente à la profession* » en hôpital et/ou en libéral est également soulevée, notion de travail « *seul* », de « *rythme de travail* », de « *lourdeur de la clientèle* », de « *tâches administratives* », de « *responsabilités* », de « *judiciarisation* », de « *gestion du stress* », d'« *engagement jusqu'ou* », de « *pièges transférentiels ...* »

5.3.4.2.4. La mise en place de filières spécialisées

Faciliter la demande d'aide et l'accès aux soins par « *des cellules d'entraide* », « *des consultations spécialisées* » ou des « *structures de soin adaptées* », « *spécialisées* », « *référentes* » en « *toute confidentialité* » est proposée.

5.3.4.2.5. La place de l'institution

La place de la médecine du travail et son développement sont encouragés par 8 médecins (8/70), celle du Conseil de L'Ordre est discutée par 5 médecins (5/70).

Un repérage pendant les études médicales de l'aptitude à exercer est questionné par 4 des répondants (4/70).

5.3.4.2.6. La réflexion sur la pratique

La réflexion sur la pratique type « *groupe de parole* », « *groupe Balint* » ou « *supervision* » est mise en avant pour « *éviter l'isolement* », « *pour aider à garder la distance* », et « *pour favoriser l'échange* ».

5.4.DISCUSSION

Notre enquête nous montre que les psychiatres exerçant en Loire-Atlantique reçoivent des médecins souffrant de problématiques suicidaires.

5.4.1. Les limites de l'enquête

5.4.1.1. Biais liés à la méthodologie

Notre étude est qualitative et descriptive. Elle comporte des biais et malgré nos soins certains aspects peuvent être critiqués.

5.4.1.1.1. Biais de recrutement

Les psychiatres ayant répondu sont peut être des personnes impliquées ou intéressées par notre sujet, elles ont déjà peut être réfléchi à notre problématique

Étant interne et ayant effectué des stages dans différents hôpitaux, il se peut que le recrutement en ait été biaisé.

5.4.1.1.2. Biais de sélection

Les médecins membre du jury ont pu ajouter un biais par le fait qu'ils connaissaient la problématique et le contenu de notre travail de recherche

5.4.1.1.3. Biais matériel

Nous avons choisi une réponse manuscrite et postale qui peut nécessiter du temps dans un emploi du temps déjà bien chargé.

De plus, le choix d'utiliser le mode postal, peut être à l'origine de pertes de courriers éventuelles.

5.4.1.2. Les modalités de l'enquête

L'enquête a été réalisée de mai à juillet en période de ponts et vacances scolaires.

Nous avons laissé peu de temps entre l'envoi des enveloppes et le délai de réponse, un peu plus de 15 jours, avec l'hypothèse qu'un délai de réponse trop long augmenterait les non réponses.

5.4.1.3. La subjectivité des réponses

Un auto-questionnaire rétrospectif ne peut pas permettre une évaluation objective de sa prise en charge de confrère suicidant. Le questionnaire permet d'étayer son ressenti sur la prise en charge et la prévention de médecins suicidaires en fonction de vécus professionnels et personnels, ce qui ne peut s'extrapoler à l'ensemble des psychiatres.

Il est possible que les médecins souffrant eux-mêmes ou ayant souffert d'une dynamique suicidaire n'aient pas pu répondre au questionnaire par manque d'énergie, de motivation, par pudeur, gêne ou par évitement.

5.4.1.4. Critiques concernant les informations recueillies

Au terme de notre étude, certaines lacunes de notre questionnaire nous sont apparues plus nettement.

Les questions posées avaient été élaborées après une recherche bibliographique et une réflexion personnelle, et bien qu'une enquête test avait été faite, elle n'a pas permis de mettre en avant ces limites. C'est au fil des réponses que certains éléments auxquels nous n'avions pas pensé initialement, se sont relevés importants à prendre en compte.

5.4.1.4.1. Le manque de réponses

Nous avons remarqué que beaucoup de médecins n'ont pas répondu à toutes les questions, ce qui peut soulever plusieurs questionnements.

Est-ce un oubli de la part des psychiatres ? Le questionnaire a-t-il été bien conçu ?

Nous pouvons noter un très faible taux de participation à l'item sur la spécificité de la prise en charge. Au niveau des facilitations, seuls 31 psychiatres sur 63 ont répondu à la question soit la moitié. Comment interpréter cette non réponse à cette question ouverte: devons-nous l'entendre comme le fait qu'il n'y a pas de facilitation ? De la même façon, comment comprendre le fait que certains psychiatres aient rayé cette case ?

Il en est tout autant pour les complications.

En ce qui concerne les questions sur les éléments de prévention, 8 médecins sur les 103 n'ont répondu à aucune de ces questions, peut-être n'avaient-ils pas vu qu'ils pouvaient répondre à cette partie même s'ils n'avaient pas suivi de médecin suicidaire.

5.4.1.4.2. Questions mal formulées

Certaines questions nous paraissent mal formulées. Ainsi, deux questions posées aux médecins ne nous ont pas apporté les réponses envisagées.

La première question ne nous permettant pas ou peu d'analyse était posée ainsi dans la partie relation aux médecins soignés : « **Expliquer brièvement, comment s'organise cette hospitalisation ?** »

20 psychiatres n'ont pas répondu à cette question, mais surtout beaucoup de médecins ont réitéré les différentes structures d'accueil (clinique, hôpital du secteur, hôpital hors secteur) ce qui est redondant avec la question précédente sur l'orientation de structure privilégiée en cas d'hospitalisation.

Dans une deuxième question, concernant les « éléments de prévention », nous demandions « **Selon vous, des moyens spécifiques doivent-ils être dédiés à cette problématique ?** ».

Un certain nombre de médecins relèvent le terme « **spécifique** ».

En effet, 8 médecins ont coché « **non** » à la question fermée mais ont développé la question ouverte en notifiant l'absence de spécificité mais en énumérant des moyens de prévention.

30 médecins ont répondu négativement : est-ce que cela signifie une non nécessité de dédier des moyens de prévention à cette problématique ou est-ce le caractère « **spécifique** » des moyens qui n'est pas utile ?

Cette question aurait du être formulée différemment par exemple « **selon vous, des moyens doivent-ils être dédiés à cette problématique ?** »

5.4.1.4.3. Codage par fréquence

Ce moyen de réponse semble ne pas avoir été facile pour certains médecins, et nous reconnaissons son caractère fastidieux et imprécis dans un questionnaire rétrospectif.

5.4.1.5. **Interprétation des résultats**

Il nous faut également garder une certaine prudence quant à l'interprétation des résultats et notamment quant à l'établissement des liens thématiques.

5.4.2. Les points forts

5.4.2.1. Taux de réponses

Il était de 41,2%.

Nous avons essayé d'augmenter le nombre de réponses en ajoutant une enveloppe pré-timbrée au questionnaire et en assurant l'anonymat des réponses. Cependant, ce taux nous paraît élevé, comparativement aux études du même type, surtout si nous considérons qu'il n'y a eu aucune relance.

5.4.2.2. L'intérêt pour le sujet

La grande participation des psychiatres peut refléter leur intérêt pour ce sujet. De nombreux psychiatres ont d'ailleurs rajouté à leurs réponses qu'ils trouvaient le sujet intéressant, ont fait des remarques encourageantes ou ont exprimé leur désir de connaître les résultats de l'étude.

5.4.2.3. Le rôle de l'enquête

Certains médecins sont allés plus loin. Ils nous ont très clairement remercié de l'intérêt porté au sujet. Cette enquête a peut-être permis un temps d'expression sur le sujet du suicide des médecins qui leur est rarement accordé.

5.4.2.4. La richesse des réponses obtenues

Nous avons eu accès à une diversité inattendue de réponses dans les questions ouvertes.

5.4.2.5. La sincérité des réponses

Nous avons parfois posé des questions délicates (par exemple l'affiliation à un médecin traitant, l'abord de la question suicidaire dès la première consultation). Dans une grande proportion, les réponses sont argumentées et traduisent les ressentis des sondés.

5.4.2.6. Une enquête originale

Si le *burnout* des médecins est très médiatisé en ce moment, on parle moins du suicide et encore moins de la prise en charge du médecin suicidaire. La question de la relation médecin soignant – médecin suicidaire reste peu traitée en médecine.

5.5.LE PSYCHIATRE FACE AUX MÉDECINS SUICIDAIRES

5.5.1. *Le psychiatre soignant*

Caractéristiques personnelles

Aussi bien les psychiatres hommes que les psychiatres femmes semblent concernés par cette question. La population des répondants est représentative de la population étudiée.

Beaucoup de jeunes médecins ont répondu au questionnaire, en effet 28% avaient moins de 40 ans. Mais n'ayant pas les âges de la population étudiée, nous ne pouvons pas savoir si la moyenne ou cette médiane sont représentatives. Nous pourrions envisager, lors d'une prochaine étude, de rechercher l'hypothèse que les jeunes médecins semblent s'intéresser tôt aux problèmes du suicide dans leur profession.

Caractéristiques professionnelles

Les psychiatres exerçant en hôpital semblent avoir plus répondu que les psychiatres du libéral, ceci pourrait peut-être s'expliquer en partie par le biais de recrutement signalé plus haut, à savoir qu'en tant qu'interne, il est possible qu'indirectement nous avons plus sensibilisé les psychiatres hospitaliers, proches collègues, au sujet du suicide chez le médecin.

Mais il est possible aussi que les libéraux soient moins formés à répondre à des enquêtes ou aient moins de temps pour le faire.

Soin de premier recours

Dans notre enquête, plus de 90% des psychiatres répondants déclarent avoir un médecin traitant et dans plus de 60% il s'agit d'un médecin dans une relation strictement professionnelle.

Il est bon de souligner que, dans notre enquête, deux psychiatres répondent ne pas avoir de médecin traitant mais ont coché la case « **eux-mêmes** » à la désignation de celui-ci, ce qui traduit à notre sens la confusion de place qui peut exister dans cette situation.

Dans l'enquête Panel de 2008, en Pays de la Loire auprès des médecins généralistes [55], 74% déclaraient avoir un médecin traitant. Dans plus de 60% des cas, ils s'étaient désignés eux-mêmes comme médecin traitant.

Nous ne pouvons faire de lien entre ces deux populations études régionales/départementales, médecins généralistes/psychiatres, mais soulever quelques interrogations.

Est ce que les psychiatres sont plus attentifs à leur santé ? Ou ont-ils seulement moins de connaissance en soin de premier de recours nécessitant plus facilement l'affiliation à un médecin traitant qu'un médecin généraliste? Cette question a-t-elle constitué un facteur limitant au remplissage du questionnaire, laissant supposer que les médecins affiliés à des soins de premiers recours ont plus facilement répondu ? Un médecin, lors de notre enquête, a d'ailleurs souligné le caractère indiscret de la question.

5.5.2. La relation psychiatre – médecin suicidaire

Le psychiatre soignant

Dans notre enquête en Loire-Atlantique, plus d'un psychiatre sur deux a déjà pris en charge un confrère dans le cadre de symptômes suicidaire. Ce chiffre souligne l'importance du mal être et du contexte suicidaire au sein des médecins.

Si nous additionnons le nombre de suivi référencé pour chaque psychiatre de Loire-Atlantique inscrit au tableau en avril 2011, nous constatons que plus de 600 suivis de médecins suicidaires ont été effectués. Ce chiffre est difficilement interprétable mais si nous extrapolons à la moyenne d'années d'exercice (18 ans) nous retrouvons plus de 30 suivis de

médecins suicidaire par an pour le département de Loire Atlantique. Cette conclusion est critiquable, certains psychiatres ayant sûrement eu une carrière hors département mais elle montre l'ampleur du phénomène, sachant que le département de Loire-Atlantique comptait un peu moins de 4000 médecins inscrits au tableau en janvier 2011.

Il convient de rappeler l'étude faite en octobre 2010, par le Groupe Pasteur Mutualité, qui soulignait que 86% des médecins répondants pensent qu'ils pourraient éventuellement avoir besoin d'une consultation de prévention dans l'avenir [194].

Notre enquête confirme qu'un certain nombre de médecin consulte pour une dynamique suicidaire et interroge sur la nécessité d'offrir des soins adaptés à ces soignants.

Parmi, les psychiatres ayant eu en charge des médecins avec des conduites suicidaires, certains soignants semblent se détacher et recevoir préférentiellement les médecins en souffrance.

Il semble qu'un réseau se soit mis en place, et que les médecins en souffrance mentale s'orientent ou soient préférentiellement orientés vers ces confrères « spécialisés ». Ainsi, trois psychiatres reçoivent plus particulièrement des médecins suicidaires.

Si nous nous penchons sur les trois psychiatres en question. Nous constatons qu'ils sont tous les trois de sexe masculins, leur moyen d'âge est de 54 ans et leur temps moyen d'exercice est d'un plus de 25 ans. Chacun appartient à des types d'exercice différent : un hospitalier, un médecin de clinique, et un libéral. Leur orientation thérapeutique privilégiée repose sur une approche cognitivo-comportementale ou chimiothérapeutique préférentiellement.

Il va de soi que les médecins en difficulté se dirigent plus volontairement vers des psychiatres d'âges murs et d'expérience. Ceci est d'ailleurs mis en évidence indirectement dans l'enquête « *difficultés d'être pris en charge par des collègues plus jeunes* ». Pour ce qui est du sexe, ceci peut s'expliquer en partie par la féminisation récente de la profession.

Le médecin suicidaire

Dans notre enquête, les médecins reçus pour conduites suicidaires semblent majoritairement exercer en libéral. Dans la revue de la littérature, les suicides sont équitablement répartis entre salariés, hospitaliers et libéraux [122]. Il n'existe pas de données sur la répartition des conduites suicidaires en fonction des conditions d'exercice. Il est donc difficile d'interpréter

ce résultat. Les médecins libéraux sont-ils plus touchés par des mouvements suicidaires, ou ont-ils plus conscience que les médecins salariés et hospitaliers de leurs difficultés et de leur souffrance?

Dans près de 80%, les médecins font appel aux soins de manière spontanée ou sollicitée par l'entourage. La démarche médicale (médecin traitant, psychiatre confrère, UMP) arrive ensuite. La notion d'urgence et de crise, via les UMP, représente un peu plus d'un quart des modes d'adressage.

Ces résultats diffèrent quelque peu de la revue de la littérature où il est souvent mis en avant la notion de déni de la souffrance et d'automédication à l'origine d'un retard diagnostique et de prise en charge en urgence. Il est rassurant de souligner qu'en cas de souffrance psychique, la grande majorité des médecins vont spontanément voir un psychiatre afin de réfléchir à une prise en charge. Des réflexions émergent quant aux admissions par les UMP. Un prochain travail pourrait avoir comme but de définir le contexte à l'origine de ce mode d'adressage : Absence de médecin traitant ? Absence de suivi psychiatrique ? Isolement socio-affectif ? Auto-médication ? Déni complet des troubles ? Décompensation aigue ?

Au niveau du contexte d'adressage, on retrouve la corrélation crise suicidaire, trouble de l'humeur, et addiction retrouvée dans la littérature.

Dans un cas sur deux (27/55), la dépression est le motif initial des consultations, les idées suicidaires sont alors exprimées ou explorées dans la suite des entretiens. Dans un peu moins d'un cas sur quatre (12/55), ce sont directement les éléments suicidaires qui conduisent à consulter avec dans un cas sur deux une tentative de suicide. Cette dernière notion souligne la détresse extrême de certains médecins.

L'abord du risque suicidaire chez le médecin soigné paraît ne pas poser de problème. Plus de 85% des psychiatres répondants interrogent le médecin soigné sur cette question dès la première consultation. Ceux qui n'évoquent pas la question expriment la pudeur comme facteur limitant.

Le soin médecin suicidaire-psychiatre soignant

Plusieurs psychiatres ont relevé que la prise en charge n'avait pas de « *spécificité* » et était « *identique* » aux autres patients. Nous aurions pu chercher à savoir si la prise en charge de

chaque médecin pour la pathologie étudiée, le suicide, était comparable à des protocoles appliqués aux patients en général et si elle suivait les recommandations en vigueur. Mais cela n'était pas vraiment l'objectif de notre travail, il ne s'agissait pas d'une étude comparative.

Au niveau des réponses données, nous constatons que selon les psychiatres répondants, pour la prise en charge, une même notion peut être ressentie comme une facilitation ou une complication.

Ainsi, la confraternité est citée comme facilitation (13/63) à l'origine d'une meilleure distance relationnelle, d'une simplicité de contact, d'une bonne alliance mais aussi comme complication aussi bien au niveau du soigné (13/63) que du soignant (17/63), avec réciproquement une difficulté à être pris en charge par un collègue et un risque d'identification du thérapeute au soigné.

De la même manière, certains mettent en avant une facilité d'adhésion aux soins (8/63), avec une meilleure acceptation des traitements et du suivi tandis que d'autres évoquent une résistance à la mise en place des soins (16/63).

La même chose est notée en ce qui concerne la reconnaissance des troubles, 7/63 psychiatres parlent d'une facilitation des médecins à admettre leur souffrance alors que 18/63 insistent sur les défenses telles la banalisation et le déni.

Nous voyons tout de même qu'un même critère est plus souvent vécu comme une complication que comme une facilitation.

Cette notion est également mise en évidence si nous prenons le taux global de réponse pour chaque critère facilitation/complication. A savoir, 20/63 psychiatres évoquent des facilitations, pendant que 11/63 insistent sur l'absence de facilitation et 43/63 expriment des complications.

Il semblerait que la relation médecin suicidaire-psychiatre soignant soit plus à l'origine de difficultés que d'avantages. Nous rejoignons les éléments de la littérature qui évoquent la difficile notion de la maladie pour le médecin soigné et souligne le caractère spécifique de la prise en charge avec la nécessité de former des médecins soignants à ces enjeux.

Les soins reposent en grande partie sur une prise en charge ambulatoire psychothérapeutique (37/63) et/ou chimiothérapeutique (28/63).

Il est intéressant de noter que seulement 3/63 psychiatres évoquent la nécessité d'un arrêt de travail alors que celui-ci est une part importante dans le soin. Il est vrai que le travail peut avoir des effets thérapeutiques, sauf si le médecin n'est pas encore guéri ou si son travail le met à risque d'une rechute. L'arrêt de travail est probablement sous utilisé, il conviendra peut être lors d'un prochain travail d'évaluer son intérêt, sa prescription et sa mise en place.

L'hospitalisation, elle, est justifiée par une petite proportion des psychiatres répondants (10/63). Le faible recours à l'hospitalisation interroge. Le chiffre est tout d'abord rassurant, il laisse supposer que dans un grand nombre de cas, la prise en charge se fait suffisamment tôt et diminue peut être ainsi la sévérité du risque suicidaire justifiant une hospitalisation « *hospitalisation quand situation inextricable* », « *rarement hospitalisation* », « *cas sous contrainte* ». Mais nous pouvons aussi nous questionner sur le fait que celle-ci aurait pu être à certains moments nécessaire mais non efficiente du fait de l'absence de structure de prise en charge spécifiques et anonymes, comme il existe maintenant à travers les unités de soins de l'APSS (cf paragraphe).

Cette hospitalisation quand elle est nécessaire, se fait habituellement au sein d'une structure éloignée géographiquement du lieu d'exercice et de vie du médecin-patient. Elle se fait prioritairement en clinique privée (32/63) sinon en hôpital hors secteur après avoir pris contact avec le psychiatre référent des soins de façon à l'informer du caractère confidentiel et spécifique de la prise en charge. Les notions de confidentialité sont clairement discutées. Le recours au secteur ne semble avoir lieu qu'en cas d'urgence.

Il semble que des réseaux de soins se sont mis en place de façon interrégionale. Ceci laisse supposer que les médecins de Loire-Atlantique sont hospitalisés vers Rennes, Angers et réciproquement.

En ce qui concerne les soins prodigués durant l'hospitalisation, un certain nombre de psychiatres pensent que la prise en charge n'a rien de spécifique. Il conviendrait peut-être d'informer les psychiatres soignants sur la complexité éventuelle de la prise en charge de confrère malade de façon à ne pas tomber dans certains pièges relationnels.

5.6.LES SOLUTIONS A PROPOSER

5.6.1. Prévention primaire

Pour plus de 95% des médecins répondants, le sujet du suicide chez les médecins n'est pas assez abordé au cours des études médicales.

Quelques remarques ont été placées en marge et nous semblent intéressantes, l'un a noté que « *ce n'est ni le moment, public immature professionnellement, ni le lieu, c'est plutôt en post universitaire* », les autres ont plutôt souligné l'absence de cet abord pendant les études à la manière de l'un d'entre eux « *Ah bon ? Il est abordé ?* ».

Une information et une formation sur les risques suicidaires, le *burnout*, les addictions et la dépression aux médecins en formation et en exercice sont sollicitées par une grande majorité. A la manière de ce que nous avons retrouvé dans la littérature, des cours pourraient être présentés auprès des étudiants de la faculté de Médecine. Il conviendra de définir à quel moment dans les études cette formation est la plus pertinente.

De la même manière, des FMC ou des journées d'Étude pourraient être proposées sur le sujet aux médecins en exercice, comme il a été le cas pour le Département de Formation Médicale Continue et de Développement Pédagogique de la Faculté de Médecine de Nantes, le 18 novembre 2010, présentation co-animée par Madame le Dr Marie Guitteny et moi-même, ou pour la Journée d'Étude dans le service de Madame le Dr Rachel Bocher, le 8 juillet 2011, animée par moi-même.

D'autres informations sont plébiscitées notamment sur la gestion de sa santé. Même si dans notre enquête plus de 60% ont un médecin traitant dans une relation strictement professionnelle, ce n'est pas ce qui est retrouvé dans la majorité des études. La question de l'affiliation à un médecin traitant semble être un maillon important dans la prévention. Cette notion est confortée par le comportement fréquent de prescriptions de médicaments « *psychotropes* » pour eux-mêmes. Dans la littérature, l'auto prescription est fréquente entre 70 à 90% des médecins interrogés [32, 87, 99, 204] avec la fausse idée d'être à l'abri de l'assuétude.

Aussi, des formations aux médecins sur la difficulté à être patient, sur leurs défenses, leur personnalité, et sur les conditions d'exercice de la médecine sont également encouragées. De façon à discuter le déni, la banalisation, la stigmatisation des troubles mentaux mais aussi de prévenir le décalage entre l'idéal de l'étudiant et l'exercice pratique.

La réflexion sur la pratique est mise en avant et proposée par un certain nombre de répondants, notamment les groupes Balint. Nous avons pris contact avec des membres du groupe Balint de façon à nous entretenir avec eux sur l'intérêt et l'apport de ce groupe dans le bien être professionnel. Pour des raisons organisationnelles, la rencontre n'a pu avoir lieu. La place du groupe Balint et des autres groupes d'échange seraient intéressants à étudier dans un autre travail.

5.6.2. Prévention secondaire

La prévention par la promotion des modalités de soin est intéressante.

Un bon nombre de répondants interrogent la nécessité de cellule d'aide spécifique et confidentielle. Il convient dès lors d'informer les médecins des programmes d'aide d'existant et de la mise en place des unités de soins spécifiques.

La place des institutions, comme la médecine du travail et le conseil de l'ordre, a également été soulevée, tout comme la notion du repérage pendant les études médicales, notion développée précédemment dans notre travail.

Nous pourrions envisager, lors d'une prochaine étude, d'interroger la place de la médecine universitaire préventive pour les étudiants en médecine et la place de la médecine du travail pour les internes et les médecins en exercice qu'ils soient hospitaliers ou en libéraux.

Nous avons pu voir que certaines URML se sont particulièrement intéressées à cette question. La notion de consultation préventive biennale a ainsi été réfléchi, de même le Conseil de l'Ordre s'est penchée sur l'obligation de consultation préventive tous les trois ans.

Il convient de rappeler que le CDOM de Loire-Atlantique, via le Président Monsieur le Docteur Clouet, s'est montré très intéressé par notre sujet et notre enquête et que par son intermédiaire une petite aide financière a été mise à notre disposition.

Ainsi, notre enquête a permis d'objectiver indirectement le mal-être psychique des médecins, en Loire-Atlantique, malaise conduisant parfois aux idéations suicidaires avec le risque d'un passage à l'acte suicidaire. Elle a ouvert aux psychiatres soignants la possibilité de s'exprimer sur la relation confrère soignant-confrère soigné à savoir ses facilitations, ses complications, et ses modalités de soins.

Pour finir, les médecins ont pu énoncer les mesures de prévention qu'ils souhaiteraient voir mettre en place pour pouvoir prévenir dans un premier temps le contexte du suicide dans la profession et le prendre en charge quand celui-ci est repéré.

6. CONCLUSION

Poser la question du suicide et des tentatives de suicide chez les médecins est en soi un tabou, car elle amène la notion de souffrance, de fragilité et remet en question l'image du soignant infailible. Elle interroge sur le fait que les médecins, du moins certains, ont besoin d'une aide.

Même si les médecins se trouvent plutôt satisfaits dans leur travail et dans leur vie personnelle, même s'ils ont une meilleure santé et vivent plus longtemps que la population générale, il convient de rappeler que les médecins sont particulièrement touchés par le suicide et ses comorbidités, la dépression et l'abus de substance notamment.

Tenter d'expliquer les taux de suicide élevés chez les médecins n'est pas chose facile.

Le suicide des médecins fait sûrement appel à des souffrances plurielles, pluridéterminées.

En pratique, il est difficile de dissocier strictement les souffrances de la personne, du sujet et les souffrances du médecin, du professionnel.

Il semble que le choix de la profession, la personnalité et l'identité de médecin contribuent en partie aux décompensations. Les mêmes critères qui font de lui un bon médecin peuvent paradoxalement dans certains cas générer des risques en cas de problèmes. Ainsi, les médecins-malades, souvent, nient leur souffrance et leurs difficultés, ils s'enferment dans le surinvestissement professionnel, l'isolement social, l'addiction et la dépression.

Il convient de rappeler qu'aux éléments personnels et individuels s'ajoutent les facteurs inhérents à la profession à savoir un métier d'aide avec parfois un risque de burnout, mais aussi un métier à haute responsabilité associé à une surcharge de travail importante, à des contraintes administratives grandissantes, à l'inflation juridique, aux exigences, harcèlements et souffrances des patients. Les loisirs et la famille sont souvent mis de côté.

La prise en charge de confrères suicidaires est difficile, périlleuse et peu documentée ce qui a motivé notre enquête. Nous avons réalisé une étude descriptive permettant aux psychiatres ayant eu en charge des médecins suicidaires de s'exprimer sur cette relation thérapeutique et nous livrer leur expérience et leur vécu sur ces malades.

Notre étude a tout d'abord confirmé une de nos hypothèses de départ à savoir qu'un certain nombre de médecins consultait pour des conduites suicidaires et d'autre part que les médecins étaient des patients particuliers.

Même si, le plus souvent, le médecin souffrant fait appel lui-même à un confrère, la demande de soin est loin d'être aussi simple. Un médecin malade est par définition très ambivalent et risque, inconsciemment, de rendre la démarche de soins difficile. Possédant le même langage que son médecin, il a parfois des difficultés psychologiques à quitter son statut de médecin ce d'autant plus qu'il a commencé la démarche diagnostique le concernant parfois même la démarche thérapeutique. Il conserve souvent un rôle de décideur, parfois malgré lui.

De plus, face à la souffrance psychique, le médecin suicidaire oscille entre le déni et la reconnaissance de sa symptomatologie, entre l'alliance thérapeutique et la résistance aux soins. La relation thérapeutique entre le médecin malade suicidaire et le confrère soignant est de ce fait délicate. Au niveau des soignants, il nous semblait important de se pencher sur les difficultés qu'engendre la confraternité et sur les conséquences qu'elle peut avoir sur la pratique et le soin. La prise en charge du médecin suicidaire semble nécessiter une formation spécifique pour éviter le piège de se laisser embarquer dans des erreurs diagnostiques ou thérapeutiques dues à la volonté consciente ou inconsciente de dissimulation du médecin-malade et due au processus identificatoire conscient et inconscient du médecin soignant.

A un autre niveau, notre enquête a montré qu'un certain nombre de mesures de prévention sont réclamées par les professionnels eux mêmes. La diffusion de programmes d'information notamment auprès des médecins et des étudiants en médecine semble urgente. De même, la diffusion des moyens de soutien et de soins existants à l'image du numéro d'appel d'urgence de l'AAPML ou la création d'unité de soins spécifiques, adaptés, confraternels et anonymes semblent ne pas être suffisamment connues.

7. ANNEXES

Annexe 1 : WART (Work Addiction Risk Test) Robinson

Les réponses sont cotées de 1 à 4 points en fonction des réponses :

- 1 point pour « Jamais »
- 2 pour « Parfois »
- 3 pour « Souvent »
- 4 pour « Toujours ».

1. Je préfère faire les choses moi-même plutôt que de demander de l'aide.
2. Je suis impatient quand je dois attendre l'aide d'un autre ou quand une tâche prend trop de temps.
3. J'ai l'impression d'être pressé, de courir contre la montre.
4. Je suis irrité quand on m'interrompt au milieu d'une activité.
- 5 J'ai plusieurs fers au feu. Je suis tout le temps occupé.
6. Je fais plusieurs choses en même temps (manger, lire, répondre au téléphone).
7. Je m'implique trop dans mon travail. Je prends des engagements qui dépassent mes capacités de travail.
8. Je me sens coupable quand je ne travaille pas.
9. Il est important pour moi de voir les résultats concrets de ce que je fais.
10. Je suis plus intéressé par le résultat final de ce que je fais que par la manière d'y arriver.
11. Les choses ne vont jamais assez vite pour moi.
12. Je perds patience quand les choses ne vont pas au rythme qui me convient.
13. Je pose plusieurs fois les mêmes questions sans me rendre compte que j'ai déjà reçu une réponse.
14. Je passe beaucoup de temps à organiser mon travail et à réfléchir à la manière dont je vais travailler.
15. Je continue à travailler alors que mes collègues ont quitté le bureau.
16. Je suis irrité quand les personnes de mon entourage ne correspondent pas à ce que

j'attends d'elles.

17. Je suis en colère dans les situations que je ne peux pas contrôler.

18. J'ai tendance à me mettre la pression en m'imposant des délais quand je travaille.

19. Il m'est difficile de me détendre quand je ne travaille pas.

20. Je passe plus de temps au travail qu'en famille, avec mes amis, ou aux activités de loisir.

21. J'aime préparer mon travail pour prendre de l'avance.

22. Je supporte mal mes erreurs, même les plus anodines.

23. Je consacre plus d'énergie et de temps à mon travail qu'à mes amis ou à ma famille.

24. J'oublie, j'ignore ou néglige les vacances, les fêtes familiales

25. Je prends des décisions importantes, avant d'avoir réuni tous les éléments nécessaires pour me forger une opinion.

Entre 57 et 66 points les personnes sont en danger.

De 67 à 100 points : il existe une addiction au travail

Annexe 2 : Maslach *Burnout Inventory* (MBI) [77]

Outil élaboré par Christina et son équipe en 1981 pour disposer d'un instrument de mesure du *burnout* syndrom. Il contient 22 items mesurant les trois dimensions.

Pour chaque item, le sujet est invité à préciser la fréquence d'apparition du sentiment correspondant à un état et ce, à l'aide d'une échelle à 7 points. Un score élevé aux deux premières sous-échelles révèle un état d'épuisement professionnel. En revanche, un score élevé à la sous-échelle relative à l'accomplissement, parce qu'elle est inversée, signifie que le sujet se sent accompli professionnellement.

Jamais	0
Quelques fois par année au moins	1
Une fois par mois au moins	2
Quelques fois par mois	3
Une fois par semaine	4
Quelques fois par semaine	5
Chaque jour	6

Épuisement émotionnel

Degré d'épuisement émotionnel inférieur à 17 : bas entre 18 et 29: modéré supérieur à 30 : élevé

ITEM	FREQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6

Dépersonnalisation

Degré de dépersonnalisation inférieur à 5 : bas entre 6 et 11 : modéré supérieur à 12 : élevé

5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

Accomplissement personnel

Degré de accomplissement total supérieur à 40 : bas entre 34 et 39 : modéré inférieur à 36 : élevé

4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6

Annexe 3: Burnout Measure (BOM) [93, lefebvre04)

Il s'agit d'une approche motivationnelle basée sur une cotation quantitative.

Vous pouvez évaluer votre niveau de lassitude en complétant le questionnaire suivant. Il vous servira aussi à diagnostiquer vos sentiments envers votre travail et votre mode de vie, ainsi que votre humeur en général ou juste celle d'aujourd'hui. En vous servant de l'échelle d'évaluation ci-dessous indiquez la fréquence à laquelle vous vous sentez :

Jamais	1
Une ou deux fois	2
Rarement	3
Parfois	4
Souvent	5
Généralement	6
Toujours	7

1. fatigué	12. inutile
2. déprimé	13. ennuyé
3. satisfait de votre journée	14. troublé
4. exténué au niveau physique	15. déçu ou dépité par les autres
5. exténué au niveau émotif	16. faible et impuissant
6. heureux	17. désespéré
7. à plat	18. rejeté
8. épuisé moralement	19. optimiste
9. malheureux	20. énergique
10. abattu	21. anxieux
11. pris au piège	

Pour obtenir le Tedium Score (TS) : Additionnez les points 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21. Vous obtenez (A). Additionnez les points que vous marquez aux numéros suivants : 3, 6, 19, 20. Vous obtenez (B). Soustrayez (B) de 32, vous obtenez (C). Additionnez (A) et (C), vous obtenez (D) que vous divisez par 21. C'est là votre niveau de lassitude.

L'échelle de réponse est :

Entre 2 et 3 : pas de problème particulier

Entre 3 et 4 : réexaminer sa vie, son travail, évaluer les priorités et envisager certains changements

Entre 4 et 5 : il existe un *burnout* pour lequel une intervention est nécessaire

Annexe 4 : lettre pour l'enquête

A l'attention des psychiatres de Loire-Atlantique

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Ces dernières années, plusieurs travaux et thèses ont montré que l'état de santé des médecins était marqué par un mal être important (Conférence internationale sur la santé des médecins). L'objet de ma thèse est de s'intéresser au suicide et aux tentatives de suicide chez les médecins.

L'objectif de mon travail est d'apporter par une revue de littérature une synthèse des données et des concepts existant à ce sujet qui reste trop souvent difficile à aborder.

Il me semblait important de compléter ma thèse par une enquête permettant dans un premier temps aux professionnels d'apporter un témoignage de leur confrontation à ce sujet.

Cette enquête a donc pour objectifs :

- d'évaluer globalement la pertinence du sujet par une quantification sommaire des consultations de médecin pour des idées suicidaires,
- de témoigner des enjeux particuliers de ces relations thérapeutiques,
- d'envisager les besoins en terme de sensibilisation, de formation ou de structures spécifiquement dédiés à cette problématique.

Cette thèse est dirigée par le Docteur Marie GUITTENY, psychiatre de liaison au CHU de Nantes, sous la présidence du Pr Jean-Marie VANELLE.

Les *consignes de remplissage* sont notées au verso.

Étant consciente que vos emplois du temps sont surchargés et que vous êtes sollicités pour de multiples études, je vous remercie tout particulièrement de l'attention que vous porterez à ce sujet délicat et du temps pris pour répondre à ce questionnaire.

Afin de garantir la stricte confidentialité et l'anonymat de cette enquête, je vous propose de remplir ce questionnaire et de le renvoyer à l'aide de l'enveloppe jointe, **avant le 20 mai**.

Veillez recevoir, chères Consœurs, chers Confrères, mes salutations les plus cordiales.

Mlle LAMARCHE Karen
Interne DES de psychiatrie
CHU de Nantes

Consignes de remplissage pour répondre à ces questions :

- Par médecin, entendez des internes ou des médecins thésés.
- Pour les questions quantitatives, même s'il n'est pas exact donnez le nombre qui vous semble le plus proche de la réalité.
- Merci de respecter le cadre imparti. Il est possible si vous le souhaitez d'apporter un commentaire complémentaire sur papier libre.
- **Pour les questions (*)**, remplissez chaque case d'un chiffre classant la fréquence de la situation rencontrée : de 1 (cas le plus fréquent) jusqu'au chiffre correspondant au nombre de cases (cas le moins fréquent).

Exemple d'une question à trois propositions

Enquête concernant la relation Psychiatre - Médecin malade

Qui êtes-vous ?

Quel est votre sexe ? M F

Quel âge avez-vous ? _____ ans

Depuis combien de temps exercez-vous ? _____ ans

Quel est votre type d'exercice ?

Hôpital Clinique Libéral

Quelle est votre orientation thérapeutique privilégiée ?

Psychanalyse TCC Systémie

Chimiothérapie Pédopsychiatrie Thérapie brève

Autres : Préciser _____

Avez-vous un médecin traitant ? Oui Non

Si oui, est ce : Vous-même Votre conjoint(e) Un ami, un parent

Un médecin dans une relation strictement professionnelle

Si non, pourquoi ?

Relation aux médecins soignés ?

Avez vous eu en charge des médecins ayant eu des idéations ou des conduites suicidaires?

Oui Non

- Si non : Absence de sollicitation Refus de le faire

- Si oui :

Nombre estimé de suivis avec cette symptomatologie dans votre carrière : _____

Nombre moyen estimé de nouveaux cas par an : _____

Quel type d'exercice concernait ces patients (classer en fréquence, * voir consigne) ?

Hôpital Clinique Libéral

Sous quel mode d'adressage arrivent-ils (classer en fréquence, * voir consigne) ?

Spontané Ami, conjoint Confrère psychiatre

Expertise Médecin conseil Médecin traitant

Conseil de l'Ordre des Médecins Urgence Médico-Psychologique

Comité médical (collègue, universitaire)

Autre préciser : _____

Quel était le contexte initial (*classer en fréquence, * voir consigne*) ?

Tentative de suicide Dépression Burnout
Idées suicidaires Addiction Séparation/deuil
Autre préciser : _____

La question suicidaire est-elle abordée dès la première consultation ?

Oui
Non pourquoi ? Pas le temps Pudeur Non envisagée
Autre préciser _____

Notez vous des spécificités dans la prise en charge d'un confrère malade?

Spécificités dans le sens d'une facilitation :

Spécificités dans le sens d'une complication :

Quelles sont les modalités de soins que vous êtes amenés à proposer le plus souvent?

En cas de nécessité d'une hospitalisation, vers quelle structure orientez-vous votre patient (*classer en fréquence, * voir consigne*) ?

Hôpital public du secteur Hôpital public hors secteur Clinique privée

Expliquer brièvement, comment s'organise cette hospitalisation ?

Éléments de prévention ?

Le sujet du suicide du médecin vous semble-il assez abordé au cours des études médicales ?

Oui Non

Selon vous, des moyens spécifiques doivent-ils être dédiés à cette problématique ?

Oui Non

Si oui lesquels :

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med.* 2001; 52: 259-265.
2. Albuquerque J, Deshauer D, Fergusson D, Doucette S, MacWilliam C, Kaufmann M. Recurrence Rates in Ontario Physicians Monitored for Major Depression and Bipolar Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2009 ; 54 (11) : 777-782.
3. Alexander BH, Checkoway H, Nagagama SI, Domino KB. Cause specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology.* 2000; 93 (4): 919-921
4. Allemand H, Teitelbaum J, Lévy D, Doan BDH. Les médecins libéraux en Ile-de-France : pratiques, difficultés, attentes, propositions. *Cah Soc Démo Med,* 2003 ; 43 :549-640.
5. AMA. American Medical Association Council on Scientific Affairs. Physician mortality and suicide: results and implication of the AMA-APÀ pilot study. *Conn Med.* 1986; 50: 37-43;
6. Andlauer O, Hanon C. Le burnout chez les internes français en psychiatrie. Thèse 2009.
7. Andrew LB. Physician suicide. *Medscape Reference.* Jul 10, 2008.
8. Arènes J, Baudier F, Dressen C, Rotily M, Moatti JP. Baromètre Santé Médecins Généralistes 94/95. Paris : CFES, 1996.
9. Arènes J, Baudier F, Guilbert P. Baromètre Santé Médecins Généralistes 98/99. CFES, 2000.
10. Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatr Scand.* 1987; 75:139-143.
11. Arnould M. Les groupes de pairs. Comment évaluer sa pratique professionnelle ? *JNMG 2004. La Revue du praticien.Médecine générale.* Octobre 2004. Tome 18. N°664-665.
12. Bamayr A, Feuerlein W.. Suicidhaufigkeit bei Ärzten und ZahnSrztenin Oberbayern. *Social Psychiatry.* 1986; 21: 39-48.
13. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale : enquête transversale à la Faculté de Nantes en 2008. Thèse Nantes: Université de Nantes; 2009.
14. Bataillon, Lvasseur et Samzun. Baromètre des pratiques en médecine libérale. Synthèse des résultats « conditions de travail ». Octobre 2003.
15. Beaujouan L, Czenichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Ann. Fr. Anesth. Réanim.* 24 (2005) : 471-479.
16. Bedard D, Duquette A: L'épuisement professionnel, un concept à préciser. *L'infirmière du Québec* Septembre/octobre 1998, 18-23.
17. Beraud C. Le mal être médical. *L'actualité Médicale.* 15 octobre 2008
18. Blachly PH, Disher W, Roduner G. Suicide by physicians. *Bull Suicidology.* 1968; 1-18.
19. Black D. When physicians commit suicide. *Iowa Med* 1992; 82 (2): 58-61.
20. Bonnet F, Beaujouan L, Chandon M, Pourriat JL. Conduites addictives chez le médecin anesthésiste. Sfar, editor. 44è Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Conférences d'actualisation. Paris : Elsevier ; 2002 : 25-30.

21. Bourgeois M, Peyre F, Delile JM, Pommereau X. Suicide among medical doctors, psychiatrists, medical and psychiatry students, and doctor's wives. *Psychol Med.* 1987; 19: 631-633.
22. Bovier P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C et al. Santé des médecins de premier recours en Suisse. Résultats de la première enquête nationale. *Santé conjugulée.* 2005
23. Bressler B. Suicide and drug abuse in the medical community. *Suicide Life Threat Behav.* 1976. 6 (3): 169-178.
24. Burnham H, Michaut FM Le suicide des médecins. *La lettre d'expression médicale.*
25. Caiati ME. Dépression and suicide among physicians. *Newsletter of the Colorado Physician Health Program.* Summer 2006
26. Canoui P. Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le *burnout*. Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatriques. Paris: INSERM, 1996.
27. Canoui P, Mauranges A, Florentin A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses. Paris. Masson.1998.
28. Canoui P, Mauranges A. *Le burnout à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel.* Masson 4ème Edition. 2008
29. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *Bmj.* 1994 Nov 12; 309(6964): 1261-3.
30. Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20,000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med.* 1997; 54: 388-395.
31. Carr PL, Ash AS, Friedman RH et al. Relation of family responsibilities and gender to the productivity and career satisfaction of medical faculty. *Ann Intern Med.*1998; 129:532-538.
32. Carton R. Le médecin, un malade difficile. L'automédication bien comprise. *Le Quotidien du médecin* 19 janvier 2006
33. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes, *Presse Med* 2004;33:1569-74
34. Cauchard L, Courtet P. La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins ? *La lettre du psychiatre.* Vol VII-n°1-janvier-février 2011.
35. Center C, Davis M, Detre T et al. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus Statement *JAMA* 2003; 18; 289(23):3161-3166.
36. Chabrol A. Les médecins: des patients pas comme les autres. *Le magazine de l'Ordre National des Médecins.* N°1 septembre-octobre 2008.
37. Chalverat C. La dynamique de l'archétype "guérisseur-blessé" à l'œuvre dans la pratique et la formation des praticiens de l'aide. *Education permanente.* Mars 2000. *Revue de la FSEA.*
38. Chandon M. Addiction en milieu anesthésique : pour aller plus loin. *Ann. Fr. Anesth. Réanim.* 24 (2005) 463-465.
39. Cherniss C. *Professional burnout in human service organizations.* New York. Praeger. 1980
40. Chocard AS, Gohier B, Juan F et al. Le suicide des médecins. *Revue de la littérature. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale.* 2003; 65: 23-29.
41. Chocard AS, Juan F. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. *La lettre du psychiatre.* 3 (2007): 10-14.

42. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. Heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med.*1992; 7: 424-431.
43. Clark DC, Salazar-Gruoso E, Grabler P et al. Predictions of depression during the first six months of internship. *Am J Psychiatry.* 1984; 141: 1095-1098.
44. Colson JM. L'épuisement professionnel est très difficile à diagnostiquer. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. N°18. Juillet-Aout 2011.
45. Combot A. Conséquences du stress chronique chez les médecins généralistes. Communication au Colloque de Brest d'Avril 2004, à partir de différents travaux (Caplan, Thomassen, Firth-Cozenz, Shapiro).
46. Corpel M. La santé du médecin libéral marnais : enquête descriptive des médecins libéraux de la Marne. Thèse Méd. Mention méd gén. Reims, 2007.
47. Craig AG, Pitts FN. Suicide by physicians. *Diseases of the Nervous System.* 1968; 29 (11): 763-772.
48. Czernichows S, Bonnet F. le risque de toxicomanie chez les médecins anesthésistes. *Ann Fr Anesth Réanim,* 2000 ; 19:668-74.
49. Daneault S. La notion du soignant blessé. Peut-elle être utile aux médecins de famille ? *Canadian family physician.* 2008, 54 (9): 1223-1225.
50. Dean G. The causes of death of South African doctors and dentists. *S Afr Med J.* 1969; 43: 495-500.
51. Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry.* 2000 ; 11 : 227- 268.
52. Delbrouck M. Le *burnout* du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. Ed De boeck, 2008.
53. Desjours C. Usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris, Bayard, 2000.
54. Desjours C, Begue F. Dejours, Suicide et travail : que faire ? PUF, Paris, 2009
55. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et résultats (DREES), n°731, 2010/06
56. Devillaine V. À vous la parole. « Faire jouer l'entraide entre confrère m'a semblé naturel » Dr Thevenot. Bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins. N°13. Septembre-Octobre 2010.
57. Dormoy M, Tranthimy L. Burn-out. Une médecine préventive pour les médecins surmenés ? *Impact Médecine.* N° 229. Mai 2008
58. Duberstein PR, Conwell Y, Cox C, Podgorski CA, Glazer RS, Caine ED. Attitudes toward self determined death: a survey of primary care physicians. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1995 ; 43 (4) : 395-400.
59. Durand E, Gayet C, Laborde L, Van de Weerd C, Farges E. Conduites addictives et travail. INRS Dossier Médico-Technique. Document pour le médecin du travail. N°115. 3^{ème} trimestre 2008. P 339-362
60. Dyrbye LN. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med* 2008 ; 149 (5):334-41.
61. Dyrbye, L. MD. 2005. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solution. *Mayo Clinic Proceedings.* 80: 1613-1622.
62. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out Stages of disillusionment in the helping professions, New York: Human Sciences Press, 1980.
63. Elliott DM, Guy JD. Mental health professionals versus non-mental professionals: childhood trauma and adult functioning. *Prof Psychol Res and Pract.* 1993 ; 24 :83-90.

64. Elouali S. Etude du *burnout* ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins libéraux du Cher. Thèse de médecine générale. Université de Tours. 2006.
65. Epstein LC, Thomas CB, Shaffer JW, et al. Clinical predictions of physician suicide based on medical student data. *J Nerv Ment Dis.* 1973; 156: 19-29.
66. Estryn-Béhar M, Muster D, Doppla MA, Machet G, Guetarni K, et le COPIL. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins. Résultats de l'enquête SESMAT- références et tableaux. Le concours médical. 2009. Tome 131.
67. Estryn-Béhar M. Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Ed Estrem. 1997.
68. Estryn-Béhar M. Risques professionnels et santé des médecins. Edition Masson. 2002.
69. Falson JL. La métiérite. Reconnaître, comprendre et traiter. Décembre 2001.
70. Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism: Theory, Research and Treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
71. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology,* 1988, 54, 3, p. 466-475
72. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ.* 1999; 319: 605-608.
73. Franck E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. *Am J Psychiatry.* 1999; 156 (12): 1887-1894.
74. Franck E. Mortality rates and cause among US physicians. *Am J Prev Med.* 2000; 19: 155-159.
75. Franck E, Segura C. Health practices of Canadian physicians. *Can Fam Physician.* 2009 ; 55 : 810-811.
76. Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med.* 2001 Jan; 174(1): 13-8.
77. Freeman W. Psychiatrists who kill themselves: a study in suicide. *Am J Psychiatry.* 1967; 124(6):846-847.
78. Freudenberger HJ. L'épuisement professionnel: "la brûlure interne". Gaetan Morin Editeur. 1987.
79. Freudenberger HJ. Staff *burnout*. *Journal of social issue,* 1970, 30 (1) : 159-165.
80. Frey R. Quand le syndrome d'épuisement professionnel entraîne une dysthymie. *J Can Dent Assoc.* 2000; 66:33-4.
81. Galam E. *Burnout* des médecins libéraux. Médecine. Novembre 2007-février 2008.
82. Galam E. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux. URML, Ile de France, juin 2007
83. Gallegos KV, Browne CH, Veit FW, Talbott GD. Addiction in anesthesiologists : drug access and patterns of substances abuse. *Q Report Bull,* 1998 ;14 :116-22.
84. Gautam M. La santé des médecins, ça compte. Trouver l'équilibre. Rapport de la conférence internationale 2008 sur la santé des médecins. 17 et 18 novembre 2008. Association médicale canadienne.
85. Gautier I. *Burnout* des médecins. Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris. Mars 2003. n°86.
86. Gautier A. Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens 2003. Saint Denis : INPES ; 2005.
87. Gillard L. La santé des généralistes. Thèse Méd. Ile de France, 2006.
88. Givens JL, Tija J. depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med* 2002 ; 77 :918-21.

89. Gleizes M, Ravazet A. Évaluation du stress perçu chez le généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris. Thèse de médecine. Toulouse 2001. n°1065.
90. Goehring C, Bouvier GM, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly.* 2005; 135(7-8):101-8.
91. Guerrieri F. Bilan national des remontées des signalements d'acte de violence en milieu hospitalier Année 2010. Observatoire National des Violences en milieu hospitalier. DGOS-DSR-FG. Février 2011.
92. Guinaud M. Evaluation du *burnout* chez les internes en médecine générale et étude des facteurs associés. Thèse Créteil : UFR Médecine ; 2006.
93. Gunggenbühl-Craig A. Pouvoir et relation d'aide. Pierre Margada. Psychologie sciences humaines. Avril 1995.
94. Gyorffy Z, Adam S, Csoboth C, Kopp M. The prevalence of suicide ideas and their psychosocial backgrounds among physicians. *Psychiatr Hung.* 2005; 20(5): 370-379.
95. Hampton T. Experts address risk of physician suicide. *JAMA.* 2005; 294(10): 1189-1191.
96. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C et al. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55: 296-300.
97. Hawton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. *J Q Med.* 2000; 93: 351-357.
98. Hawton K, Malmberg A, Simkin S. Suicide in doctors. À psychological autopsy study. *J Psychosom Res.* 2004; 57 (1):1-4.
99. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG et al. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychol Med.* 2005; 35(6): 873-880.
100. Hem E, Gronvold Nt, Aasland OG, Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry.* 2000; 15: 183-189.
101. Heim E. Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom.* 1991; 55: 90-99.
102. Hobfoll SE. Conservation of Resources: À New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist,* 1989, 44, 3, p. 513 -524.
103. Homsieh E. Souffrez-vous d'une addiction au travail ? *Journal Association FSI - USJ* 2007. 40-2.
104. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows. *Am J Psychol* 1987; 144(12):1,561-6.
105. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC Jr, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, Sheehan PV. Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA.* 1992 ; 267 (17) : 2333-2339.
106. Hughes PH, Baldwin DC, Sheehan DV, Storr CL. Resident physician substance use by specialty. *Am J Psychiatry* 1992; 149(10): 1348-54.
107. Hughes PH, Storr CL, Brandenburg NA, Baldwin DC Jr, Anthony JC, Sheehan DV. Physician substance use by medical specialty. *J Addict Dis.* 1999; 18(2):23-37.
108. Jarry C. Etude du *burnout* chez les médecins généralistes d'Indre et Loire. Thèse de médecine générale. 2003
109. Johnson C. Les périls du perfectionnisme ou comment devenir son propre ennemi. Le médecin du Québec.

- 2009 ; 44 (9).
- 110.Jones RE. À study of 100 physicians psychiatric in-patients. Am J Psychiatry. 1977; 134 (10): 1119-1123
- 111.Juel K, Mosbech J, Hansen ES. Mortality and causes of death among Danish medical doctors, 1973-1992. Int J Epidemiol. 1999; 28: 456-460
- 112.Jung CG. Psychologie du transfert. Albin Michel. Paris. 2000.
- 113.Kay M et al. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract, 2008 ; 58 (552) : 501-8.
- 114.Kirsling RA, Kochar MS. Suicide and the stress of residency training: a case report and review of the literature. Psychol. Rep. 1989, 64: 951-959.
- 115.Klotz P. L'erreur médicale. Paris. Maloine : 1996.
- 116.Kumar S. Burnout in psychiatrists. World Psychiatry 2007; 6(3): 186-9.
- 117.Lefebvre D. Le *burnout* ou épuisement professionnel des soignants. Primay Care. 2004 ; 46 : 914-916
- 118.Lefebvre L, Eeckeleers P. Et la santé des généralistes ? La Revue de la Médecine Générale. 2008 ; 251 : 122-23.
- 119.Legmann M. « Le compagnonnage doit devenir une obligation déontologique ». Point de vue de l'Ordre. Dossier Réconcilier les jeunes médecins avec l'exercice libéral. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. N°16. Mars-Avril 2011.
- 120.LeMauff P, Senand R, Urion J. Groupes d'échanges sur des situations complexes et authentiques. La revue du praticien. Médecine Générale. 2005 ; 19 : 698-699.
- 121.Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins. Octobre 2003.
- 122.Leopold Y. *Burnout*. Suicide. Médecin malade. URML PACA, CARMF 2009
- 123.Leopold Y. Médecine du travail ? Médecine préventive ? Le journal des médecins libéraux PACA. Juillet 2009.
- 124.Lerich B et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008. CNOM.
- 125.Leroy M.L. « Docteur, comment va votre santé ? » Etude menée auprès de 323 médecins généralistes du département des Côtes d'Armor. Thèse Méd. Rennes, 2003.
- 126.Leroy-Carbon J. Les études de médecine générale : du rêve à la réalité. Thèse Reims : UFR Médecine ; 2003.
- 127.Levasseur G. Les médecins bretons et leur santé. URML Bretagne, juillet 2003.
- 128.Lindeman S, Laara E, Hirvonen J, Lonnqvist J. Suicide mortality among medical doctors in Finland: are females more prone to suicide than their male colleagues. Psychol Med. 1997; 27: 1219-1222.
- 129.Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. À systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. Br J Psychiatry. 1996; 168:274-278.
- 130.Lindeman S, Laara E, Vuori E, Lonnqvist J. Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admission to hospital and contributory causes of death. Acta Psychiatrica Scandinavia. 1997 ; 96 :68-71.
- 131.Lindeman S, Heinanen H, Vaisanen E, Lonnqvist J. Suicide among medical doctors: Psychological autopsy data on seven cases. Arch Suicide Res 1998, 4 : 135-141

- 132.Linhardt M, Frandsen E, Hamtoft H. Causes of death among the medical profession in Denmark. Dan Med Bull. 1963 ; 10 : 59-64.
- 133.Lutsky I, Hopwood M, Abram SE, Jacobson GR, Haddox JD, Kampine JP. Psychoactive substance use among American anesthesiologists : a 30-year retrospective study. Can J Anaesth, 1993 ; 30:915-21.
- 134.Lutsky I, Hopwood M, Abram SE, Cerletty JM, Hoffman RG, Kampine JP. Use of psychoactive substances in three medical specialities: anaesthesia, medicine and surgery. Can J Anaesth ,1994 ; 41:561-7.
- 135.Mangen MH. Étude du *burnout* chez les médecins généralistes luxembourgeois. Thèse de médecine générale. Paris 6. Mai 2007.
- 136.Magnan A. Le collègue difficile c'est lui ou c'est moi le problème ? Le médecin du Québec. 2009; 44 (9): 49-54
- 137.Martin A, Tombert-Paviot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne : privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. Médecine. Février 2008. vol 4: 89-93.
- 138.Marzuk M. When the patient is a physician. N Engl J Med 1987; 317 (22): 1409-11.
- 139.Maslach C, Jackson SE. Maslach *Burnout* Inventory. Consulting psychologist press. Palo Alto. 1986.
- 140.Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced *burnout*. Journal of occupational behaviour. 1981; 2: 99-113.
- 141.Mattison JB. Morphine in medical men. JAMA 1894 ; 23 : 186-188
- 142.Maulbecker V. Docteur, comment vous soignez-vous ? Le médecin généraliste et sa santé, d'après une enquête réalisée dans le département du Bas-Rhin. Thèse Médecine Strasbourg. 1999 ; 36.
- 143.Maupas JL, Martinez JL et al. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. CDOM et URML Haute Normandie. Décembre 2008.
- 144.McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and *burnout* in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002; 359: 2089-2090.
- 145.McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians' results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. J Gen Intern Med. 2000 Jun; 15(6):372-80.
- 146.Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. Behav Med 1992; 18(2):53-60.
- 147.Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels 4. J Psychosom Res 1999; 46(6):591-598.)
- 148.Middleton JL. Today I'm grieving a physician suicide. Annals of Family Medicine. 2008; 6: 267-269
- 149.Miller JB. Toward a new psychology of women. Boston. Beacon Press. 1987.
- 150.Miller NM, McGowen RK. The painful truth: Physicians are not invincible. South Med J. 2000. 93 (10): 966-973.
- 151.Molina Siguero A, Garcia Perez MA, Alonso Gonzalez M, Cecilia Cermeno P. Prevalence of worker *burnout* and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid. Aten Primaria. 2003 May 31; 31(9):564-71.
- 152.Morazs L. Le soignant face à la souffrance. Edition Dunod, juin 1999.

153. Moreno Jimenez B, Gonzalez Gutierrez JL, Garrosa Hernandez E, Penacoba Puente C. Professional *burnout* in hospitals. Influence of sociodemographic variables. Rev Enferm. 2002 Nov; 25(11):18-26.
154. Mouriès R, Galam E, Safouane R. Burnout des médecins libéraux. Mise en place d'un dispositif d'aide et de soutien spécialement dédié aux médecins libéraux en difficulté en Ile de France. Point Presse. 19 mai 2005. AAPML. Psya.
155. Murray RM. The mentally ill doctor. Causes and consequences. Practitioner 1983; 227 (1375): 65-75.
156. Myers MF. Le traitement du médecin souffrant de maladie mentale. La revue canadienne de psychiatrie. 1997.
157. Myers MF, Gabbard GO. The physician as patient: A clinical handbook for mental health professionals. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.; 2008. 242 p.
158. Neil HA, Fairer JG, Coleman MP, Thurston A, Vessey HP. Mortality among male anesthetists in the United Kingdom, 1957-1983. Br Med J. 1987; 295(6594): 360-362.
159. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou : « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ? ». Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. Thèse Méd. Poitiers, 2004.
160. Office of population Censuses and Surveys. Occupational Mortality 1979-80, 1982-83. Decennial Supplement, Part II: Microfiche Tables: Series DS, Number 6. London, Her Majesty's Stationery Office, 1986.
161. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J et al. Stress symptoms, *burnout* and suicidal thoughts in Finnish physicians. Soc Psychiatr Epidemiol. 1990; 25 (2): 81-86.
162. Osler W, MacCrae T. The principles and practice of medicine. D Appleton and Co. 1898.
163. Paris J, Franck H. Psychological determinants of a medical career. Canadian Journal of Psychiatry. 1983; 28:354-7.
164. Perrin C. La souffrance des soignants en psychiatrie. http://www.serpsy.org/nouveautes/Nouveautes_2008.html
165. Peters S, Mesters P. Le *burnout*. Comprendre et vaincre l'épuisement professionnel. Marabout. Paris. 2008.
166. Peterson. RM, Burnett CA. The suicide mortality of working physician and dentists. Occupational Medicine. 2008. 58 (1) : 25-29.
167. Phillippon C. Syndrome d'épuisement professionnel : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généraliste Rhône-Alpins. Thèse de médecine générale. Université Lyon 1. 2004
168. Pines Ayala M, Aranson E, Kafry D. Le *burnout*: comment ne pas se vider dans la vie et au travail. Montréal. Edition Le jour. 1982.
169. Pines Ayala M, Aranson E. Kafry D. *Burnout*: From Tedium to Personal growth. Free Press. 1981
- Growth
170. Pittaco M. Les internes sont-ils en *burnout*? Thèse de Médecine. Université Paris Descartes. 2009.
171. Pitts FN Jr, Schuller AB, Rich CL, Pitts AF. Suicide among US women physicians, 1967-1972. Am J Psychiatry. 1979; 136: 694-696.
172. Platon. Oeuvres complètes. Flammarion. Paris. 2008

173. Portalier Gay D. Les médecins : des patients comme les autres ? Ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients. Étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Rhône-Alpes. Thèse Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 - Faculté de Médecine Lyon Grange Blanche ; 2008.
174. Pressnitzer J. Santé et soignants: attention danger! Magazine hospitalier. N°12. p 101
175. Prévost C et Roman. Satisfactions professionnelles et conditions de pratique. Le médecin du Québec. 2009. 44; 9 :55-61.
176. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet 1996; 347 (9003): 724-8
177. Ramirez-Basco M. Ces gens qui sont perfectionnistes: Peuvent-ils être heureux? Montréal: Les Éditions de l'Homme; 2009.
178. Revicki DA, May HJ. Physician suicide in North Carolina. South Med J. 1985; 78:1205-1210.
179. Rich CL, Pitts FN Jr. Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18,370 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967-1972. J Clin Psychiatry. 1980; 41: 261-263.
180. Rich CL, Pitts FN. Suicide by male physicians during a five-year period. Am J Psychiatry. 1979; 136(8): 1089-1090.
181. Rimpela A, Nurminen M, Pulkkinen P, Rimpela M, Valkonen T. Mortality of doctors: Do doctors benefit from their medical knowledge? Lancet. 1987 Jan 10 ; 1(8524) : 84-6.
182. Rivoire B, Colombat P, Perrier M, Leger I. fréquence et étiologies du syndrome de *burnout* chez les internes en médecine au chu de Tours en 1999-2000. Med Pal 2003 ; 2 :302-306.
183. Robert E. Le syndrome d'épuisement professionnel : enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan. Thèse de Médecine Générale. Université Rennes 1. 2002
184. Robinson BE, Phillips B. Measuring workaholism: content validity of the Work Addiction Risk Test-Wart. Psychological Report, 1996, 79, 1313-1314.
185. Roman S, Cummings S. La médecine, ce n'est pas reposant. Formation continue. Le Médecin du Québec, volume 44, numéro 9, septembre 2009.
186. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV et al. À longitudinal study of students' depression at one medical school. Academic Medicine. 72(6):542-6, 1997 Jun.
187. Rose KD, Rosow I. Physicians who kill themselves. Arch Gen Psychiatry. 1973; 29:800-805
188. Rosenberg HM, Burnett C, Maurer J et al. Mortality by occupation, industry and cause of death: 12 reporting states, 1984. Monthly Vital Statistics Report, Centers for Disease Control and Prevention. 1993; 42:1-64.
189. Ross M. Suicide among physicians: a psychological study. Dis Nerv Syst. 1973; 34: 145-150.
190. Rosvold EO, R. Tyssen. Should physicians' self-prescribing be restricted by law? Lancet 2005; 365 (9468) : 1372-4.
191. Roumane S. Comment les médecins généralistes Bretons prennent-ils en charge leur santé? Thèse de Médecine. Rennes. 2002
192. Ruiz ép. Darmancier G. Attitude préventive des médecins généralistes envers eux-mêmes : étude descriptive menée auprès de 178 médecins généralistes libéraux du Rhône et de l'Isère en 2006. Thèse Méd. Lyon, 2008.
193. Ruzniewski M. Le soutien des soignants en cancérologie. Rev Prat 1988 ; 14 : 2-7.

- 194.Sabouhi A. Une consultation pour prévenir le *burnout*. Impact Santé. Politique, Santé Publique. 26/04/2011
- 195.Sakinofsky I. Suicide in doctors and wives of doctors. Can Fam Physician 1980; 26 :837-44.
- 196.Samkoff JS, Hockenberry S, Simon LJ et al. Mortality of young physicians in the United States, 1980-1988. Acad Med. 1995; 70:242-244.
- 197.Sansone RA, Sansone LA. Physician suicide: a fleeting moment of despair. Psychiatry. 2009; 6 (1): 18-22.
- 198.Scally G. Physicians can't heal themselves. Lancet 1996; 347: 1059.
- 199.Schaufeli WB, Van Dierendonck D. À cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach *Burnout* Inventory. Psychol Rep. 1995 Jun; 76(3 Pt 2):1083-90.
- 200.Schernhammer E. Taking their own lives-the high rate of physician suicide. N Engl J Med. 2005; 352 (24): 2473-2476.
- 201.Schernhammer ES, Colditz G. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta analysis). Am J Psychiatry. 2004; 161: 2295-2302
- 202.Schlicht SM, Gordon IR, Ball RB, Christie DGS. Suicide and related deaths in Victorian doctors. Med J Aust. 1990 ; 153 :518-521.
- 203.Schneider PB. Regards discrets et indiscrets du médecin. Masson. Médecine et psychothérapie. 2002.
- 204.Schneider M et al. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. Swiss Med Wkly 2007;137 :121-6.
- 205.Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. JAMA 2010 ; 304 (11) : 1181-90.
- 206.Selye H. Stress sans détresse. Montréal, La Presse, 1974, 175 p.
- 207.Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. Ann Intern Med March 5, 2002 136:358-367.
- 208.Simon W, Lumry GK. Suicide among physician patients. J Nerv Ment Dis. 1968; 147:105-112.
- 209.Snibbe JR, Radcliffe T, Weisberger C, Richards M, Kelly J. *Burnout* among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting. Psychological Reports. 1989; 65: 775-780.
- 210.Soler KJ, Yaman H, Esteva M, Dobbs F and European General Practice Research Network *Burnout* Study Group. *Burnout* in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice. 2008; 25 (4): 245-265.
- 211.Sotile WN, Sotile MO. The medical Marriage: sustaining healthy relationship for physicians and their families. American Medical Association. Revised Edition. 2000.
- 212.Sotile WM, Sotile MO. The Resilient Physician. Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations. Chicago: American Medical Association; 2002.
- 213.Stack S. Suicide risk among physician: a multivariate analysis. Archives of suicide research. 2004; 8(3): 287-292.
- 214.Stefansson CG, Wicks S. Health care occupations and suicide in Sweden 1961-1985. Soc Psychiatr Epidemiol 1991; 26: 259-264.
- 215.Steppacher RC, Mausner JS. Suicide in male and female physicians. JAMA. 1974; 228: 323-328.
- 216.Stiefel F, Guex P. Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. Rev Med Suisse. 2008;4:424-7.
- 217.Stoumedire A, Rhoads JM. When the doctor needs a doctor: special considerations for the physician-patient. Ann Intern Med. 1983; 98 (5) :654-659.

218. Stuber ML. Medical student and physician well-being. In: Wedding D, Stuber JL (eds). Behavior and Medicine. Ashland, Ohio: Hogrefe & Huber Publishers, 2006:167–174.
219. Tjia, J, Givens, J, Shea, J. Factors Associated with Undertreatment of Medical Student Depression. Journal of American College Health. 2005 ; 53: 219-224.
220. Tholin S. Les étudiants en médecine : entre accomplissement et épuisement. Thèse de Médecine générale. Université Claude Bernard Lyon 1. 2008
221. Tissot SA. De la santé des gens de lettre. Édition La Différence. Paris, 1991.
222. Torgler J. Consommation de substances, stress et santé des médecins des hôpitaux universitaires de Genève. Faculté de Genève. 2002.
223. Torre DM, Wang Ny, Meoni LA, young JH, Klag MJ, Ford DE. Suicide compared to other causes of mortality in physicians. Suicide Life Threat Behav. 2005; 35: 146-153.
224. Töyry S et al. Self-reported Health, Illness, and Self-care Among Finnish Physicians: A National Survey. Arch Fam Med. 2000; 9: 1079-1085.
225. Trichard A, Danel T, Sobaszek A. Professional burnout and psychotropic drug use among hospital doctors. Alcoolologie et Addictologie 2006 ; 28 (Hors série) : 26S-31S
226. Tricot P. Partenaire silencieux et approche tissulaire. Février 2007.
227. Truchot D. Le *burnout* des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne. 2002.
228. Truchot D. Le *burnout* des médecins généraliste de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'URML Poitou-Charentes. 2004.
229. Truchot D. Enquête bulletin Ressources N°1. URML Bourgogne. Janvier 2002.
230. Truchot D. Le *burnout* des étudiants en médecine, rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne. Dijon: Université de Franche-Comté; 2006
231. Truchot D. Épuisement professionnel et *burnout*. Concepts, modèles, interventions. Paris : Dunod, 2004.
232. Truchot D. Decision-making among GPs: the impact of burn out and compliance of the patient. 5th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology. Berlin. 2003.
233. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. Ind Health. 2007; 45 (5); 599-610.
234. Tyssen R, Valgum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians; a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. J Affect Disord. 2001; 64:69-79.
235. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychological vulnerabilities of physicians. N Eng J Med. 1972; 287: 372-375.
236. Vaillant GE. Physician, cherish thyself: The hazards of self-prescribing. JAMA, May 6, 1992; 267(17): 2373
237. Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. Dis Nerv Syst. 1975; 36: 26-29.
238. Valeur M, Velea D. Les addictions sans drogue(s). Revue toxibase n°6. Juin 2002.
239. Vaquin-Villeminey C. Prévalence du *burnout* en médecine générale: Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Thèse de Médecine René Descartes Paris 5. 2007
240. Veil C. Les états d'épuisements. Concours médical, 1959, 2675-2681.

241. Von Brauchitsch H. The physicians's suicide revisited. *J Nerv Ment Dis.* 1976; 162: 40-45
242. Weiner EL, Swain GR, Gottlieb M. Predictors of psychological well-being among physician. *Families Systems Health.* 1998; 16: 419-430.
243. Welner A, Marten S, Wochnick E, et al. Psychiatric disorders among professional women. *Arch Gen Psychiatry.* 1979 ; 36 : 169-173.
244. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. *Burnout* and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust.* 2004 Oct 4; 181(7):357-60.
245. Winckler M. *La maladie de Sachs.* Gallimard. Collection Folio. Juin 2005.
246. Winnicott D. *La mère suffisamment bonne,* Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2006.
247. Zeter C. *Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes.* Thèse de médecine générale, Université de Poitiers. 2004

POUR EN SAVOIR PLUS

248. APSS. <http://www.apss-sante.fr/>
http://www.carmf.fr/Actualites/communiqués/2009/Statuts_APSS.pdf
249. CNOM. L'entraide ordinaire.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/cnpentraide.pdf?download=1>
250. Code de la Santé Publique. Version en vigueur au 2 août 2011. www.legifrance.gouv.fr
251. Colloque Brest 2004. Recherche et médecine générale : quelles sont les évolutions prévisibles pour la médecine générale ?
252. Colloque Paris 2008. Vulnérabilité, souffrance du soignant. Groupe Pasteur Mutualité. 4 décembre 2008.
253. Colloque Lyon 2010. La souffrance du médecin, savoir se protéger. 27 mars 2010.
254. Colloque Toulouse 2010. Médecin en 2011 : Mieux être pour mieux soigner. 15 décembre 2010.
255. Conseil National des médecins. Observatoire pour la sécurité des médecins.
256. Nature des affections des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité. Informations de la CARMF. Février 2011.
257. Officiel de santé. Le magazine du praticien hospitalier. La souffrance des médecins au travail. N°37. mars/avril 2007.
258. PAIMM. <http://paimm.fgalatea.org/fra/filosofia.htm>
http://www.fgalatea.org/cat/home_cat.php
259. PAMQ. www.pamq.org
www.fmoq.org
260. Société Balint Belge. <http://www.balint.be/>
261. URML-ORS PACA. Les caractéristiques des médecins généralistes exerçant en PACA. Première vague d'enquête du Panel de médecins généralistes dans 5 régions. Dossier de Presse. 2007-2008.

Titre de Thèse**SUICIDE CHEZ LES MÉDECINS****Enquête descriptive auprès des psychiatres de Loire-Atlantique.**

Même si les médecins dans leur grande majorité semblent retirer une satisfaction de leur exercice professionnel, la santé des médecins fait l'objet d'un nombre croissant d'études qui indiquent des taux de suicide et de mal être plus élevés que dans la population générale.

Nous abordons en parallèle des éléments épidémiologiques et descriptifs de cette problématique différentes notions permettant d'envisager des hypothèses explicatives à ce phénomène. Comment prévenir et prendre en charge ces médecins suicidaires ?

C'est l'objet de notre étude menée auprès des 250 psychiatres de Loire-Atlantique. Le taux de réponse de 41,2% traduit selon nous l'intérêt pour ce sujet. Les psychiatres ont pu énoncer les mesures de prévention qu'ils souhaiteraient voir mettre en place pour prévenir les risques de suicide dans la profession médicale et améliorer la prise en charge quand celle-ci est nécessaire.

MOTS-CLÉS

- MEDECIN
- SUICIDE
- BURNOUT
- ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL
- PREVENTION
- SOINS