

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2016

Suicide des médecins : état des lieux de la souffrance psychique des médecins et des internes

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 14 septembre 2016

Par

Charline PEROT

Née le 24 juin 1987, à LIMOGES (87)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT Président
M. le Professeur Philippe COURATIER..... Juge
M. le Professeur Daniel BUCHON Juge
Mme le Docteur Danièle BOURLOT..... Juge
M. le Docteur Eric CHARLES..... Directeur de thèse



Université
de Limoges

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur Denis **VALLEIX**

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur Jean-Jacques **MOREAU**

Monsieur le Professeur Pierre-Marie **PREUX**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor (CS)	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (SUR. 31.08.2016)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (SUR. 31.08.2016)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (CS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VERERELOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE-RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
COURATIER Philippe (CS)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry (CS)	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (CS)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION

DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan (CS)	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (SUR. 31.08.2018) (CS)	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie (CS)	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain (SUR. 31.08.2017)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre (CS)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (CS)	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE

PARAF François (CS)	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (CS)	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (CS)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard (SUR. 31.08.2018)	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (SUR. 31.08.2018)	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis (CS)	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE-RHUMATOLOGIE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François (CS)	PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice (SUR. 31.08.2016)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (CS)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (CS)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES
MEDICALES**

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
------------------	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	MEDECINE GENERALE
----------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DES MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie	MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique	MEDECINE GENERALE
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01.09.2015 au 31.08.2017
MERLE Louis	du 01.09.2015 au 31.08.2017
MOULIES Dominique	du 01.09.2015 au 31.08.2017
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2014 au 31.08.2017

Remerciements

A notre Président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT

Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes

Psychiatre des Hôpitaux

Vous nous faites le très grand honneur de présider ce jury de thèse.

Recevez toute ma reconnaissance pour l'enseignement que vous m'avez dispensé au cours de mes années d'études.

Je garderai en mémoire votre plaisir à transmettre votre savoir, votre humour et votre humanisme.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Philippe COURATIER,

Neurologie

Professeur des Universités

Praticien hospitalier.

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accorder un intérêt à ce travail et d'avoir accepté de le juger. Au cours de nos études de médecine, nous avons pu bénéficier de la richesse de votre enseignement théorique.

Nous vous exprimons toute notre gratitude.

A notre Juge,

**Monsieur le Professeur Daniel BUCHON,
Professeur des Universités de Médecine Générale,
CHU Limoges,**

Je vous suis très reconnaissante de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

A notre Juge,

Madame le Docteur Danielle BOURLOT

Psychiatre

Praticien Hospitalier

Présidente de CME

Vous nous faites un très grand honneur d'avoir accepté de siéger à ce jury de thèse.

Nous avons pu apprécier et ce dès le premier semestre en psychiatrie, votre capacité à créer une alliance thérapeutique avec les patients, votre disponibilité, votre gentillesse, et votre intérêt à faire partager vos connaissances.

A notre Directeur de Thèse

Monsieur le Dr Eric CHARLES

Psychiatre des hôpitaux

Praticien hospitalier

Je te suis très reconnaissante d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail. Mon passage dans ton service fut riche en enseignements, tant par tes connaissances théoriques mais également par la finesse des échanges que tu peux avoir avec les patients.

J'ai beaucoup apprécié ta disponibilité, ton aide précieuse et tes conseils toujours judicieux.

Tu m'as donné l'envie et le plaisir d'utiliser les thérapies brèves et l'hypnose dans les soins ce qui a changé ma façon de travailler et d'envisager la psychiatrie.

Je remercie tous les psychiatres auprès desquels j'ai pu me former durant ces quatre années d'internat:

-Le Dr Danièle BOURLOT, et le Dr Irina BOGHINA pour leur accueil chaleureux pour mon premier stage en psychiatrie, qui fut vraiment un très bon souvenir.

-Le Dr Benjamin CALVET, et le Dr Philippe THOMAS pour leur transmission de leurs connaissances sur la psychogériatrie.

-Le Dr Eric CHARLES, le Dr Guillaume CHANDON, pour leur partage de leur savoir tant sur la pharmacopée que sur l'art de créer l'alliance thérapeutique tout en conservant sa personnalité et son style propre.

-Le Dr Nathalie SALOMÉ, le Dr Cristina CIOBANU pour leur dynamisme, leur humour et leur bienveillance.

-Le Dr Pierre SAZERAT auprès duquel j'ai eu le plaisir de découvrir les thérapies cognitivo-comportementales, votre enseignement m'aura permis d'appréhender différemment certaines situations cliniques.

-Le Dr Isabelle ALAMOME, qui m'a fait confiance dès mon arrivée, tu m'as donné des responsabilités tout en étant toujours à mes côtés. Tu m'as très vite considérée comme une collègue. Tu resteras à jamais quelqu'un que je respecte et admire profondément.

- j'ai enrichi mes connaissances grâce aux Dr Florence JOUPPE, Frédérique DANTOINE, Coralie LAULIAC-MONBUREAU avec lesquels j'ai assisté à des consultations de pédopsychiatrie de qualité.

-Le Dr Christine RAINELLI, le Dr Fabienne SOUCHAUD ainsi que le Dr Emilie FRACHET auprès desquelles j'ai pu découvrir la périnatalité.

-Au Dr Olivier DUBOIS, merci pour votre accueil, je suis sûre que nous serons satisfaits mutuellement par notre future collaboration.

-A tous les anciens internes devenus des psychiatres de qualité, qui apporteront beaucoup aux internes qui auront la chance de travailler avec eux : Le Dr Mirvat HAMDAM-DUMONT, Le Dr Benjamin LAVIGNE, le Dr Lucia FIEGL, Le Dr Auréla MOULIERAS, le Dr François Alexis RICHARD, Le Dr Emilie REYNIER-LEGARCON, le Dr Julie MARTIN, le Dr Perrine CROS-VERGER, le Dr Meriem MALEK, le Dr Thomas CHASSANG, le Dr Odile GARDERE, le Dr Mathilde PENAULT.

J'aimerais citer les équipes auprès desquelles j'ai aimé travailler pendant ces quatre années : l'équipe de Delay, de Widlöcher, de Dide, de George Sand, d'Avicenne, les équipes de pédopsychiatrie, et de l'Unité mère-bébé. Merci à tous les cadres de santé, infirmiers, aides-

soignants, agents de service hospitaliers, assistants sociaux avec lesquels j'ai partagé des bons moments dans une ambiance très agréable.

Un grand merci aux psychologues qui m'ont fait partager leurs connaissances, en particulier Mme Marie-Hélène ORLIAGUET, Sandrine LEBLANC, Elodie PERICAUD PAJOL, Séverine PICHARD, Christelle VIRONNEAU, Guillaume ROUSSARIE, Aurélie ROBIN.

A tous les internes de psychiatrie : Anne BOUILLON (pour le soutien et les moments de rire lorsque nous avons été co-internes), A Natacha DARNIS, Marine PAREAUD, Hélène CONANGLE, ce fut un plaisir d'être dans votre promotion ; Fabien LUNEAU ce fut un plaisir de travailler l'été 2015 avec toi, Aurélie BOUTHIER, Marie PUYDENUS, Tristan KREZTCHMAR, Alexandra AUCHER, Antoine EDOU, Bertrand FAURE, Caroline CEOLATO, Charles NICOMEDE, Guillaume LOURMIERE, Henri ANZIEU, Josefa PEPA MARTOS BERREGO, Julie DUR, Laure BRIGNON, Marion BOULESTEIX, Tiphaine BUGEAUD, Victor BOURDIER, Anne-Laure VIREVIALLE.

Je dédie ce travail aux personnes qui comptent le plus pour moi :

-A mon Conjoint Mickaël, qui a toujours été là pour moi depuis mes 15 ans, qui a supporté toutes ses années d'études, la pression, et tous les sacrifices demandés.

-A ma fille, Ludmilla, avec toi, je suis devenue quelqu'un autre, la vie a pris un autre sens, je t'aime.

-A mes parents, vous avez toujours été là pour moi, vous avez toujours voulu le meilleur pour moi, et vous pouvez être fiers de vous, je ne peux rêver mieux. Papa tu es pour moi un modèle de droiture, tant en tant que médecin mais principalement en tant qu'homme. Tu as commencé en tant que manipulateur de radiologie, puis a fait médecine. Tu as choisi la psychiatrie, puis finalement a préféré la médecine générale. Je pense que l'on peut dire que Vincent et moi, continuons à notre façon ton si beau parcours. Puisse un jour t'égaliser. Maman, tu es toujours là pour moi, me soutenir m'écouter, me supporter, tu es un exemple d'exigence et de détermination. Tu es si importante pour moi !

-A Etienne, mon frère, mon jumeau, mon éternelle moitié. Je suis ton Yin et toi mon Yang. Merci pour tout le travail que tu as fourni pour ma thèse, sans toi, je n'y serais pas arrivée. Merci également à Python et Panda !

-A Diane, ma sœur, mon modèle depuis que je suis enfant, ma deuxième maman. Tu es toujours là pour moi pour rire, pour pleurer, me soutenir. Tu resteras pour moi le plus grand modèle de tolérance.

-A Vincent, mon grand-frère, tu es pour moi un exemple de réussite, de persévérance et de volonté. Quand je failli, je pense à toi, et me relève.

-A ma grand-mère Jeanine PEROT, et à feu mon grand-père Roger PEROT. J'ai tellement de bons souvenirs à Plaisance.

-A mes grands-parents maternels.

-A ma tante Jacqueline PEROT.

-A mes oncles, tantes et cousins, nièces et neveux.

-A toute ma belle-famille, qui m'a si bien accueillie.

-A Natacha, ma meilleure amie, ma BFF, ce fut un coup de foudre amical, qui dure et durera, on est sœur désormais !

-A ma Gaele, qui a toujours été présente pour moi pendant toutes ses études, tu es déjà un si bon médecin et pour ça, je t'admire.

-A mon amie Sophie et ses enfants.

-A tous mes amis, Coralie, Justine, Julien, Delphine, Laurent, Vincent, François, Frédéric, Charlotte et Jérémy, Anaïs, Kevin, Julien et Caroline.

« Sois ce que tu es et rien de plus. Sois le paisiblement et sans te tourmenter de ce que tu n'es pas »

Maine de Biran

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Table des matières

Droits d'auteurs	15
Table des matières	16
LISTE DES SIGLES	18
INTRODUCTION.....	19
1. EPIDEMIOLOGIE GENERALE DE LA CRISE SUICIDAIRE CHEZ LES MEDECINS ET INTERNES.....	22
1.1. Définitions.....	22
1.2. Données épidémiologiques internationales.....	26
1.3. Données épidémiologiques nationales	30
2. SPECIFICITES DE LA CRISE SUICIDAIRE CHEZ LES MEDECINS	35
2.1. Le sexe	35
2.2. L'âge	37
2.3. Les spécialités et conditions d'exercice	38
2.4. Les moyens utilisés	40
2.5. Le statut marital et social, profil du médecin à haut risque suicidaire	43
2.6. Comorbidités associées	45
2.6.1. Les troubles de l'humeur	49
2.6.2. Le burnout.....	52
2.6.1. Les troubles schizophréniques	58
2.6.2. Les troubles de la personnalité.....	59
2.6.3. Les addictions	60
2.6.4. Le workaholisme	62
3. ETIOPATHOGENIE DU RISQUE SUICIDAIRE DES MEDECINS	65
3.1. Les facteurs liées à la formation médicale	65
3.2. Les facteurs liées à la profession.....	69
3.2.1. Les contraintes du métier de médecin.....	69
3.2.2. Les difficultés liées à la relation médecin-malade.....	78
3.2.3. Les difficultés liées à l'évolution de la médecine.....	80
3.2.3.1. De nouveaux patients ?.....	81
3.2.3.2. De nouvelles relations médecin-malade ?	82
3.3. Les facteurs liées au médecin lui-même	82
3.3.1. La médecine, un choix ?	82
3.3.2. La personnalité des médecins	83
3.3.3. Le médecin malade	85
4. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA CRISE SUICIDAIRE CHEZ LES MEDECINS	89
5. ETUDE DE L'ORS DU LIMOUSIN (2015)	102
6. ETUDE DE LA SOUFFRANCE DES INTERNES DE LA REGION NOUVELLE-AQUITAINE.....	106
6.1. Description de l'étude	106
6.1.1. Contexte de l'étude	106
6.1.2. Objectifs.....	106
6.1.3. Type d'enquête	107
6.2. Méthodes de l'étude	107
6.2.1. Elaboration du questionnaire	107
6.2.2. Echantillonnage	108
6.2.3. Analyse statistique	109
6.3. Résultats quantitatifs	110

6.3.1. Analyse quantitative du questionnaire	110
6.3.2. Analyse du sous-groupe «internes avec idées suicidaires et/ou tentatives de suicide » ...	131
6.3.3. Etudes de la corrélation entre « l'étude des internes de la Nouvelle-Aquitaine » et « l'étude de l'ORS »	145
6.3.4. Analyse qualitative du questionnaire	150
6.4. Discussion	157
6.4.1. Analyse de l'étude	157
6.4.2. Points forts de l'étude	164
6.4.3. Limites et biais.....	165
6.4.3.1. Biais méthodologique.....	165
6.4.3.2. Critiques concernant les informations recueillies.....	167
6.4.4. Implications pratiques et perspectives	168
CONCLUSION	177
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	179
TABLE DES ANNEXES	195
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	216
TABLE DES TABLEAUX	217

LISTE DES SIGLES

IS : idéations suicidaires

TS : tentatives de suicide

BOS : burnout syndrom

DREES : La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CARMF : caisse autonome de retraite des médecins de France

URML : Union régionale des médecins libéraux

IMG : internes de médecine générale

ORS : Observatoire régionale de santé

MBI: Maslach Burnout inventory

MHI-5 : mental health inventory

IMV : intoxication médicamenteuse volontaire

PAIMM : Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

INTRODUCTION

La question de la mort du médecin, et tout particulièrement de la mort par suicide, reste souvent du domaine du secret en France (1,2). Pourtant l'actualité met en lumière de plus en plus de cas de souffrance psychique chez les médecins se solvant parfois par la terrible décision de suicide.

Juillet 2016, Suicide d'une interne à Bordeaux à son domicile.

Février 2016, un interne en chirurgie de 27 ans, brillant (classé parmi les trente premiers à l'issue du concours de la première année de médecine, et 104ème aux épreuves classantes nationales ECN) s'est suicidé en se jetant du haut d'une falaise, dans les environs de Marseille où il vivait et travaillait. Il venait de débiter parallèlement un master 2, comme cela est recommandé aux étudiants qui souhaitent mener une carrière hospitalo-universitaire.

En décembre 2015, à l'hôpital George Pompidou à Paris un professeur de cardiologie s'est suicidé par défenestration d'un des étages de son établissement. Après un long arrêt de travail pour syndrome dépressif, ce médecin a mis fin à ses jours après la reprise du travail, dans un contexte d'harcèlement moral, dénoncé par plusieurs collègues.

En janvier 2015, un gynécologue-obstétricien de 55 ans de l'hôpital privé de Villeneuve d'Ascq s'est donné la mort dans son cabinet à l'aide d'un fusil de chasse.

En juillet 2011, un interne urgentiste de 28 ans s'est défenestré de retour d'une garde aux urgences particulièrement éprouvante au CHU de Rouen. Un courrier retrouvé sur place expliquerait le geste et fait part des difficultés liées à son travail.

En avril 2010, un anesthésiste-réanimateur de 31 ans de l'hôpital de Montpellier s'est suicidé après avoir commis une erreur médicale par surcharge médicamenteuse ayant entraîné une paralysie sur un bébé. Le jeune médecin a immédiatement reconnu son erreur. Une mise à l'écart prolongée, ainsi qu'une absence de suivi psychologique ont fait le lit de ce drame.

En 2008, un médecin généraliste de Boulogne sur mer s'est suicidé après avoir cru mal diagnostiquer un accident cardio-vasculaire chez un de ses patients. Le médecin débordé avait renvoyé la veille du décès son patient vers un cardiologue.

En janvier 2004, un médecin généraliste de Vendée s'est suicidé par arme à feu alors qu'il était menacé de poursuite judiciaire après le décès d'une vieille dame et surmené après le départ de 3 de ses confrères de la région.

Cette liste, malheureusement non exhaustive, est le reflet d'un véritable problème de santé publique. Le Dr Eric Galam, médecin généraliste et enseignant à l'université Paris-Diderot explique : « La santé des médecins est un problème de santé publique. Si on reconnaît que le médecin participe

d'un dispositif de soins où il a un travail de santé publique, son absence n'est pas que son problème. »
(2).

Les médecins présentent un taux de mortalité plus bas dans la majorité des pathologies, notamment de maladies cardiovasculaires, de cancers liés au tabac, ayant davantage pris en compte les mesures de prévention primaire et secondaire. Néanmoins ceci ne s'applique pas au décès par suicide, seul taux statistiquement plus élevé que dans la population générale (3–6).

Notre thèse s'articule en 6 grands Chapitres.

Les 2 premiers chapitres se sont intéressés aux données de la littérature sur le suicide des médecins et internes. Sujet tabou il y a quelques années encore, le suicide des médecins est devenu trop souvent un événement d'actualité. Il existe de nombreuses études internationales sur le suicide et la souffrance des médecins. La littérature française révèle que peu d'études sur le suicide des médecins, néanmoins on peut recenser des centaines d'études sur le burnout. Retrouve-t-on les mêmes données au niveau international que national ? Est-ce plus fréquent chez les jeunes médecins dépassés par les nouvelles contraintes et responsabilités ou bien les médecins plus âgés ? Y-a-t-il des spécialités plus à risque ? En résumé peut-on dessiner un profil type du médecin à haut risque suicidaire ?

L'objet du suivant est de discuter de l'étiopathogénie du suicide des médecins et internes. Retrouve-t-on chez les médecins à haut risque suicidaire ou suicidé, un taux plus élevé de pathologies psychiatriques tels que : dépressions, troubles bipolaires, troubles schizophréniques ? Souffrent-ils d'addiction ? De trouble du comportement ? De trouble du sommeil ? Différentes hypothèses seront formulées pour comprendre ce qui amène le médecin à ce geste. Y-a-t-il des causes retrouvées pendant la formation médicale : externat/ internat ? Y'a-t-il des facteurs liés à la profession ou bien au médecin lui-même ?

Après une revue de littérature sur l'épidémiologie internationale, nationale et régionale et une réflexion sur les origines du suicide des médecins, le chapitre qui suit développe les mesures de prévention et de prise en charge du suicide chez les médecins. Quelles sont les mesures de prévention et de prises en charge au niveau international ? Sont-elles les mêmes au niveau national ? Faut-il une aide spécialisée, spécifique et distincte de la population générale ? L'aide proposée est-elle et doit-elle être différente pour les médecins hospitaliers et libéraux ?

Dans une dernière partie, nous présentons notre enquête réalisée auprès des internes de médecine de la nouvelle région Limousin, Poitou-Charentes, Aquitaine. Une étude de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie impulsée par le Conseil régional de l'ordre des médecins du Limousin, réalisée par l'ORS du Limousin a étudié la souffrance psychique des médecins par un questionnaire en 2015. L'objectif de notre étude est d'évaluer la prévalence des idéations suicidaires et des tentatives de suicides chez les internes de la région à travers le même questionnaire réadapté. Puis d'analyser les caractéristiques épidémiologiques des internes à risque suicidaire, et de les comparer à

celles retrouvées dans l'étude de l'ORS du Limousin. Evaluer la charge de travail, l'organisation du travail, l'état de santé, l'équilibre psychique, la perception du travail, et la présence ou non de burnout. Enfin une analyse qualitative des commentaires est réalisée.

1. EPIDEMIOLOGIE GENERALE DE LA CRISE SUICIDAIRE CHEZ LES MEDECINS ET LES INTERNES

1.1. Définitions

Il existe un éventail de comportements suicidaires qu'il convient de définir.

Le suicide

Nous parlons de suicide complété ou de comportement suicidaire fatal en cas de mort intentionnelle causée par soi-même. La victime a volontairement mis en action les actes conduisant à sa mort. On parlait auparavant de « suicide réussi » dénomination non acceptable car cet acte ne peut être considéré comme une réussite (7). Ceux pour qui l'acte posé a été mortel sont nommés « suicidés ».

La tentative de suicide

La tentative de suicide ou comportement suicidaire non fatal ou encore appelé par certains « parasuicide » est un acte intentionnel dans l'objectif de se suicider mais qui n'aboutit pas à la mort.

Certains auteurs classent les tentatives de suicide selon la gravité (ex : tentative de suicide grave par arme à feu, mineure par phlébotomie superficielle). Des chercheurs nient l'association entre le degré de gravité et le degré d'intentionnalité. Il convient de regrouper les tentatives de suicide en une seule et unique catégorie (7). Le sujet dit « suicidant » est celui qui commet une tentative de suicide.

Les idéations suicidaires

Une personne est considérée comme ayant des idéations suicidaires quand elle pense se tuer. L'échelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher, différencie les idées de mort (pense souvent à la mort, a quelques idées de suicide) des idées de suicide (pense assez souvent au suicide, pense très souvent au suicide et voudrait parfois ne pas exister) de la volonté active de mourir (veut mettre fin à ses jours, sait comment mettre fin à ses jours à court ou long terme) (7).

Les comportements suicidaires indirects

Appelés également comportements autodestructeurs, ils sont caractérisés par la prise de risque potentiellement fatale sans intention de mourir. Il s'agit de tout comportement qui augmente la mortalité à moyen terme mais qui ne précipite pas la mort à court terme ou qui ne cause pas de

traumatisme physique dans le futur immédiat (ex : les prises de risque sexuelles, la toxicomanie, conduites automobiles dangereuses...). Contrairement aux 3 autres définitions, celle-ci n'est pas consensuelle, car il existe un débat sur l'intentionnalité des comportements autodestructeurs. Le psychologue Edwin Shneidman, spécialiste du suicide qualifie ces comportements de subintentionnels. Il décrit 4 groupes de personnes qui, selon lui, présentent une orientation subintentionnelle vers la mort :

- Ceux qui « tentent la mort » jouent avec elle en prenant des risques mais en espérant être secourus.
- « Les accélérateurs de la mort » qui s'engagent dans un mode de vie dangereux, par exemple les personnes qui consomment de la drogue.
- « Les capitulateurs de la mort » sont aux prises avec des maladies psychosomatiques qui augmentent le risque de mourir.
- « Les expérimentateurs de la mort » vivent dans un état de conscience altéré par l'alcool, les drogues (8).

De manière générale on parle de « sujet suicidaire » pour celui qui risque d'attenter à sa propre vie.

La crise suicidaire

La crise suicidaire a fait l'objet de nombreux travaux dans le cadre de l'étude du suicide. Auparavant, la conception psychiatrique du suicide aliénait le suicide à la maladie mentale. Il s'inscrivait dans un processus continu linéaire, comme s'il s'agissait d'une conclusion logique d'une maladie fatale (9).

Elle est à intégrer dans le concept plus général de crise en psychiatrie. Le concept de crise est né avec la psychiatrie communautaire des années 60 dans les pays anglo-saxons (10). Le premier auteur américain à publier sur le concept de crise est Caplan qui avait articulé le concept de crise à une conception interpersonnelle du trouble de l'adaptation.

Il dit : « une crise survient lorsqu'un sujet est confronté à un obstacle contre les buts importants de sa vie et trouve à ce moment cela insurmontable en regard des techniques qu'il a à sa disposition pour résoudre les problèmes » (11).

Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Cette crise constitue un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité qui place la personne en situation de souffrance avec une rupture de l'état d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible est temporaire (9) (annexe 1).

La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne

d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité (9).

Nous pouvons repérer la crise suicidaire via 3 éléments :

-L'expression d'idées et d'intentions suicidaires : la fréquence des idéations suicidaires a été estimée à 13,5 % à un moment de leur vie sur un échantillon de 5877 répondants âgés de 15 à 54 ans dans l'Enquête Nationale de comorbidités réalisée aux USA entre 1990 et 1992 (12). Cette enquête montre 3,9% ont rapporté un plan, et 4,6% une tentative d'autolyse. Les probabilités cumulées étaient de 34% pour le passage de l'idéation au plan, et de 72% pour le passage du plan à la tentative de suicide, et enfin de 26% pour le passage de l'idéation à la tentative de suicide sans plan (12).

-Des manifestations de crise psychique.

- Un contexte de vulnérabilité.

Il peut y avoir des prodromes aspécifiques à la crise suicidaire du registre du syndrome dépressif tels que :

- Asthénie, anxiété, tristesse, pleurs, une irritabilité et agressivité, des troubles du sommeil, une anhédonie un sentiment d'échec et d'inutilité, une mauvaise image de soi et un sentiment de dévalorisation, une impuissance à trouver des solutions à ses propres problèmes, des troubles de la mémoire, une perte d'appétit ou boulimie, une rumination mentale, une appétence alcoolique et tabagique, un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique, un isolement etc.

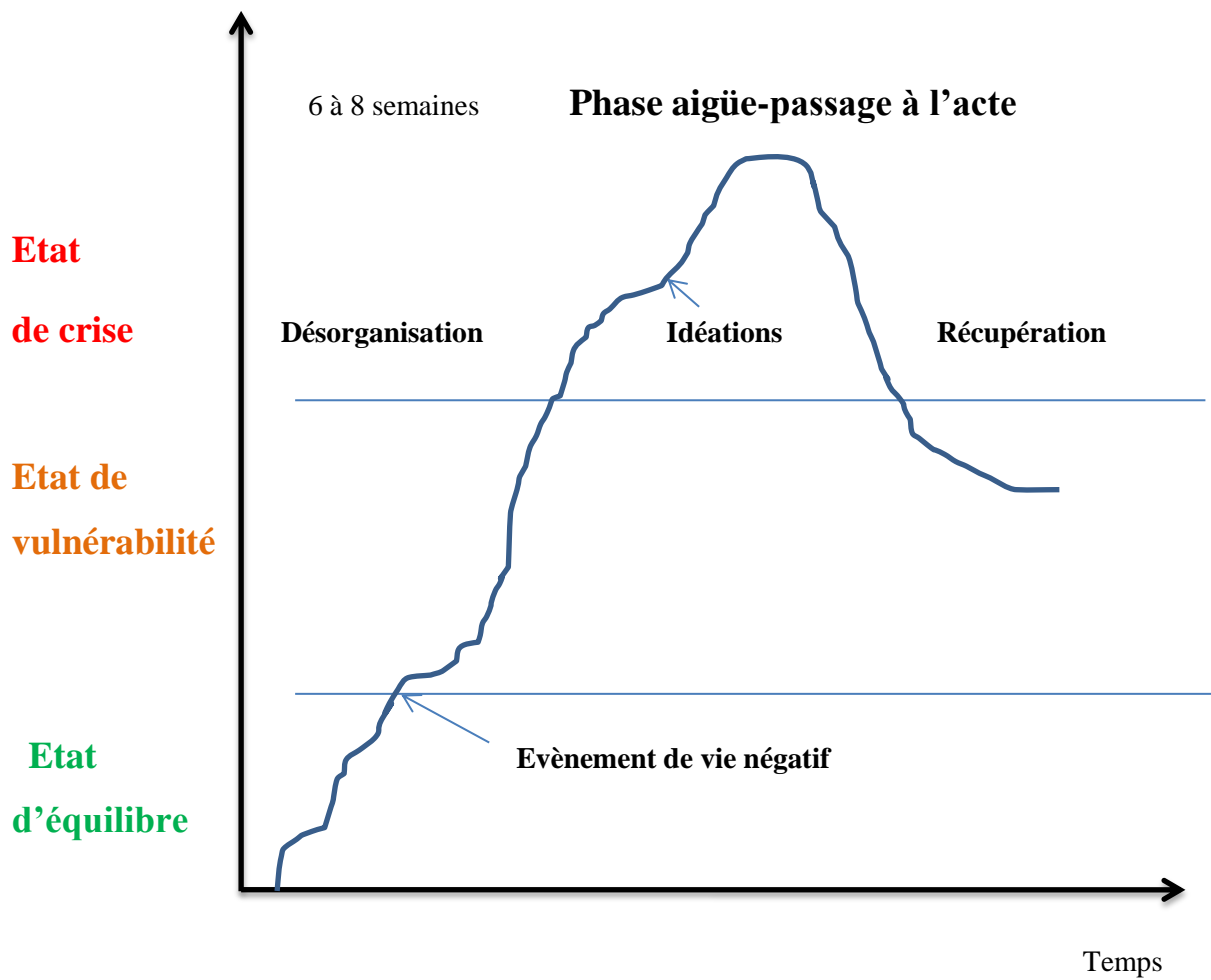
Au moment de la crise certains symptômes deviennent des signes d'alarme d'un possible passage à l'acte suicidaire tel que : une appétence pour le morbide, le cynisme, une souffrance psychique intense, une accalmie suspecte.

Nous pouvons citer comme facteurs de vulnérabilité à la crise suicidaire les pathologies psychiatriques préexistantes comme l'épisode dépressif caractérisé, la bipolarité, la schizophrénie, les troubles de la personnalité ainsi que la toxicomanie.

L'histoire familiale individuelle, des événements de vie douloureux (deuil, séparation, conflits etc.) peuvent être des éléments de précipitation de la crise suicidaire (9).

Figure 1 : schéma représentatif du processus de crise suicidaire (d'après Jean Louis TERRA

(13)



1.2. Données épidémiologiques internationales

Il existe de nombreuses études à travers le monde sur le suicide des médecins qui permettent d'objectiver le phénomène. La revue de littérature du Dr Chocard présente un tableau synthétisant les études statistiques réalisées sur le sujet (Tableau 1).

Les premières études américaines sur le sujet retrouvent un taux de suicide identique à ceux retrouvés dans la population générale mais ces études comprenaient de nombreux biais (1,14,15).

Dès 1970 les études sur le suicide des médecins se multiplient au niveau international notamment aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. La majorité de ces études rapporte un taux de suicide plus important chez les médecins que dans la population générale (1).

En 1973, Rose et Rosow mettent en évidence un taux de suicide 2 fois plus élevé chez les médecins et les personnels de santé que dans la population générale en étudiant les certificats de décès entre 1959 et 1961 en Californie. Ils expliquent d'ores et déjà la nécessité de s'intéresser à ce problème afin que les médecins puissent demander de l'aide à un confrère (16).

En 1974 Steppacher et Mausner retrouvent que le taux de suicide aux Etats-Unis chez les hommes médecins est approximativement 1,5 fois plus élevé que dans la population générale, alors que chez les femmes le taux est 3 fois plus élevé (17).

En 1976 Brauchitsch réalise une analyse rétrospective des études sur le suicide des médecins. Il retrouve des biais méthodologiques notamment sur le traitement statistique des données, la petite taille des échantillons, l'absence de standardisation dans ce travail qui analyse des suicides et non des tentatives de suicide (18).

Ces études étant de faible niveau de preuve ne permettent pas de conclure sur un taux plus élevé de suicide chez les médecins.

Mais de nombreuses autres études réalisées avec une plus grande rigueur méthodologique confirment le taux de suicide plus élevé chez les médecins.

En 1986 Bamayr et Feuerlein en Allemagne trouvent des taux de suicide plus élevés chez les médecins tant chez les hommes que les femmes (19).

En 1987 Arnetz en Suède a comparé le taux de suicide des médecins à celui des autres universitaires et également au taux de suicide de la population générale de 1961 à 1970. Les résultats montrent un taux de mortalité par suicide (SMR mortality ratio for suicide) plus élevé chez les femmes médecins aussi bien comparé aux autres universitaires ou à la population générale. Par contre pour les hommes médecins on retrouve un SMR plus élevé uniquement en comparaison des autres universitaires.

En 1996, Lindeman réalise une revue de littérature en Finlande sur le suicide des médecins. Le risque estimé de suicide varie de 1,1 à 3,4 chez les hommes médecins et de 2,5 à 5,7 chez les femmes médecins par rapport à la population générale. Il retrouve un taux de suicide identique entre les hommes et les femmes (7).

La majorité des études trouvées comparent la mortalité des médecins à celle de l'ensemble de la population et cela par manque de données fiables concernant d'autres professionnels de la santé ou d'autres groupes socioéconomiques comparables.

Juel et al. (1999) affirment que les médecins constituent un groupe stable et homogène dont la majorité des membres entrent dans la profession entre les âges de 25 à 30 ans et en sortent le plus souvent à la retraite. Ainsi, le groupe contrôle idéal serait un autre groupe professionnel stable et hautement éduqué supposé être similaire aux médecins pour tous les aspects socioéconomiques et de santé (20,21).

En 2001, K. Hawton réalise une analyse rétrospective de 1979 à 1995 au Royaume-Uni et retrouve un taux de suicide plus élevé chez les femmes médecins que dans la population générale, ce qui n'est pas retrouvé chez les hommes médecins (22).

En 2004 Schernhammer réalise une méta-analyse des études entre 1966 et 2003 sur le suicide des médecins. Il retrouve un taux modéré et significativement plus élevé des suicides chez les hommes médecins contre la population générale, avec un risque relatif de 1,41, significativement plus élevé chez les femmes médecins avec un risque relatif de 2,27 (23).

En 2005 Aasland a étudié la mortalité des médecins Norvégiens de 1960 à 2000. Il retrouve un taux de mortalité plus bas chez les médecins que la population générale pour toutes les pathologies pouvant entraîner la mort sauf pour le suicide. Le taux de suicide est 1,4 fois plus élevé chez hommes médecins comparé à la population générale, et 2,3 fois plus élevé chez les femmes médecins. Ces résultats sont confirmés par Hem en 2005 (24).

D.M Torre et al (2005) a comparé toutes causes confondues la mortalité des médecins à la population générale américaine avec appariement par âge, sexe de 1948 à 1998. Le risque de décès toute cause confondue est 56 % plus bas chez les hommes médecins et 26 % plus bas chez les femmes médecins par rapport à la population générale. Le taux de mortalité est plus bas pour les pathologies consécutives au tabac, tels que les pathologies cardio-vasculaires, respiratoires et le cancer du poumon. Le suicide est la seule statistique où le risque relatif de décès est plus élevé que dans la population générale (25).

En 2008, Peterson et Burnett étudient le taux de suicide des médecins et dentistes aux Etats-Unis entre 1984 à 1992. Bien que le taux de suicide chez les hommes médecins et dentistes soit 2 fois plus élevé que celui des femmes médecins, il reste néanmoins plus bas que celui de la population

générale masculine active. Le taux de suicide chez les femmes médecins est 2,39 fois plus élevé que dans la population générale féminine active (26).

Tableau 1 : Résumé des publications sur le suicide des médecins dans le monde depuis 1903 (1)

Auteurs et date de publication	Période de l'étude	Lieu	Nombre de suicide de médecins H et F	Taux de suicides pour 100.000 médecins par an	Risque par rapport à la population générale	Risque par rapport à d'autres professionnels
LINDHART & COLL. (1963)	1935-1959	Danemark	H : 67	----	H : 1,5	--
CRAIG & PITTS (1968)	1965-1967	États-Unis	228 suicides : H : 211 F : 17	total : 38,4 H : 38,3 F : 40,5	H : 4 F : 4	--
DEAN (1969)	1960-1966	Afrique du Sud	23 suicides : H : 22 F : 1	H : 48 F : 18	H. : 1,2	--
ROSE & ROSOW (1973)	1959-1961	Californie	49 suicides : H : 48 F : 1	H : 77 F : 18	H : 2	1,5
STEPPACHER & MAUSNER (1974)	1965-1970	États-Unis	530 suicides : H : 489 F : 41	H : 31 F : 34	H : 1,2 F. : 3,2	--
PITTS & COLL. (1979)	1967-1972	États-Unis	592 suicides : H : 543 F : 49	H : 38,1 F : 40,7	H : 3,6 F. : 3,6	--
RICH & PITTS (1979)	1967-1972	États-Unis	H : 544	H : 35,7	-	--
OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS (1986)	1949-1953	Angleterre et Pays De Galles	H : 61	--	H : 2,3	--
	1959-1963	Angleterre et Pays De Galles	H : 65	--	H : 1,8	--
	1970-1972	Angleterre et Pays De Galles	H : 55	--	H : 3,4	--
	1979-1980 1982-1983	Grande Bretagne	H : 65	H : 28	H : 1,7	2,2
	1979-1980 1982-1983	Angleterre et Pays De Galles	F : 14	F : 21	F : 3,1	3,7
BAMAYR & FEUERLEIN (1986)	1963-1978	Haute Bavière	94 suicides : H : 67 F : 27	H : 62 F : 68	H : 1,6 F : 3	--
ARNETZ & COLL. (1987)	1961-1970	Suède	42 suicides : H : 32 F : 10	H : 60 F : 124	H : 1,2 F : 5,7	1,9 4,5
RIMPELA & COLL. (1987)	1971-1980	Finlande	H : 17	H : 58	1,3	2
SCHLICHT & COLL. (1990)	1950-1986	Australie	13 suicides : H : 10 F : 3	H : 79 F : 53	1,1 5	--
STEFANSSON & WICKS (1991)	1971-1979 1981-1985	Suède	138 suicides : H : 113 F : 25	H : 79 F : 53	1,9 2,5	-
LINDEMAN & COLL. (1997)	1986-1993	Finlande	61 suicides : H : 35 F : 16	H : 54 F : 35	0,9 2,4	2,4 3,7
JUEL & COLL. (1999)	1973-1992	Danemark	194 suicides : H : 168 F : 26	--	1,64 1,68	-
AASLAND & COLL. (2001)	1960-1989	Norvège	82 suicides : H : 73 F : 9	H : 47,7 F : 32,3	H et F : risques significativement plus élevés	H : 2,4 par rapport aux autres hommes ayant un diplôme universitaire
HAWTON & COLL. (2001)	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	-

1.3. Données épidémiologiques nationales

En France il n'y a pas de registre ni d'observatoire de la santé sur le suicide des médecins. Les données et les études sont limitées avec des biais méthodologiques indéniables.

Le Dr Eric Galam a coordonné l'étude de l'union régionale des médecins libéraux (l'URML) d'Ile-de-France portant sur l'épuisement professionnel des médecins franciliens. Plusieurs études (27–29) ont montré que 47 % des médecins libéraux présentent les critères du syndrome d'épuisement professionnel ou Burn Out Syndrom (BOS). Certaines conséquences du BOS peuvent prendre des proportions dramatiques, pouvant aller jusqu'au risque du suicide. Dans cette étude 7 médecins évoquent ce risque. Un commentaire dans cet étude l'illustre terriblement : « L'évolution vers un état dépressif majeur avec le suicide comme seule issue, personnellement j'y pense de plus en plus. » (30).

D'autres chiffres corroborent cet inquiétant tableau et peuvent précipiter le geste suicidaire :

-639 incidents ont été déclarés par des médecins en 2005 à l'observatoire de la sécurité des médecins mis en place par le conseil national de l'ordre des médecins en 2003. Dans 50 % des cas il s'agit d'agressions verbales et dans 14 % d'agressions physiques (31) (Annexe 1).

-La première cause d'invalidité chez les médecins est représenté par les affections psychiatriques : 37.94 % en 2005 d'après la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) (32).

- La première étude en France part du constat fait au début des années 2000 par le conseil départemental de l'ordre du Vaucluse qui fait état de 11 suicides sur 22 décès de médecins en activité dans le Vaucluse. Le Dr Léopold d'Avignon a mené une étude pour le conseil national de l'ordre des médecins sur le suicide des médecins libéraux français en octobre 2003 sur 44 000 médecins actifs de 26 départements (Tableau 2). Elle a montré un taux de suicide de 14 % soit (69 suicides sur 492 décès en 5 ans sur une population de 42 137 médecins alors que dans la population générale en 1999, dans la tranche d'âge de 35 à 65 ans, ce taux était de 5.6 %). Le taux de suicide était même de 50 % dans le département du Vaucluse (11 suicides sur 22 décès de médecins actifs de moins de 65 ans sur une période de 5 ans). Le risque relatif est majoré de 2.37 fois (33). Malheureusement cette étude n'est pas étendue à l'ensemble des départements et on peut observer une surreprésentation des départements ruraux ainsi qu'une sous-représentation des grands départements tels que l'Ile de France. Dans son étude, le Dr Léopold a identifié des marqueurs spécifiques de dépistage et de prévention qui seront développés dans la deuxième partie. A la suite de cette étude, une cellule d'intervention spécifique a été instaurée par le conseil de l'ordre du Vaucluse pour tous les médecins, en vertu du droit d'ingérence confraternel pour intervenir en cas de présence de 3 marqueurs de risque.

Tableau 2 : Étude sur le suicide des médecins dans 26 départements, Léopold 2003 (33)

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

Sachant que le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm évalue à 9.4 % la sous-estimation du suicide dans la certification des causes de décès au niveau national (34).

Ces résultats ont donné lieu à des publications dans la presse médicale (35,36) et grand publique (37).

Une étude de la DRESS de 2008 réalisée sur un panel de 1900 médecins généralistes originaires de 5 régions différentes retrouve plus d'un médecin sur 10 se décrivant en détresse psychologique avec des variations selon les régions allant de 10 à 17 % et 2 à 4 % avouent avoir eu des idées suicidaires (4).

En 2008 la Caisse primaire d'assurance maladie et le conseil national de l'ordre des médecins mettent en place un observatoire des décès des médecins libéraux. Un questionnaire a été envoyé à chaque famille de médecin décédé, avec la demande de mentionner l'âge et la cause : maladie,

accident, suicide. Il avait eu 195 réponses, dont 16 suicides (8.2%) soit un risque relation de 1.8 par rapport à la population générale.

Plusieurs internes se sont intéressés pour le travail de leur thèse à la souffrance psychique dans le milieu médical :

-Karen Lamarche en 2011 a réalisé sa thèse sur le suicide des médecins, avec une enquête descriptive auprès des psychiatres de Loire-Atlantique. L'enquête avait pour objectif principal de décrire la prévalence des médecins ayant été suivi par un confrère psychiatre pour une symptomatologie suicidaire. 103 psychiatres sur les 250 sollicités ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de 41.2 %. 63 psychiatres ont eu en charge au moins une fois un médecin suicidaire, soit 61.2 % (38).

Elle résume dans ce tableau le nombre de suivi estimés de médecins suicidaires dans leur carrière (Parmi les 63 psychiatres ayant pris en charge un médecin suicidaire 58 ont répondu à la question) :

Nombre estimé de suivi de médecins suicidaires dans leur carrière	< 5	> 5 et < 20	> 20	Total
Nombre de psychiatres correspondants	29	18	11	58

Elle a évalué le nombre de nouveau cas par an. Parmi les 63 psychiatres ayant pris en charge des patients suicidaires 60 ont communiqué des données :

Nombre moyen estimé de nouveau cas par an	< 1	< 1 et < 5	> 5	Total
Nombre de psychiatres	38	20	2	60

60.3 % des médecins suicidaires ont un type d'exercice majoritairement libéral, et se sont adressé spontanément à leur confrère psychiatre (40 %). La démarche personnelle plus ou moins suscitée par la famille est privilégiée (78.2 %). L'abord médical (médecin traitant, psychiatre, unité médico-psychologique) arrive ultérieurement.

Le contexte initial du suivi est la dépression pour 50 % des cas (27/55) suivie de la crise suicidaire pour 20 % des cas, et des addictions pour 15 %. 3 psychiatres ont parlé de décompensation psychotique et de harcèlement moral.

Il est important de préciser qu'il s'agit d'une étude qualitative descriptive qui étudie de manière indirecte la prise en charge des médecins suicidaires. Elle n'évalue que les suicidants ayant consulté un psychiatre.

-Antoine le Tourneur et Valériane Komly ont réalisé leur thèse sur le burnout syndrom des internes en médecine générale (IMG) au niveau national (39).

Ils retrouvent que 6.1 % de la population des internes de médecine générale (soit 245 des 4050 internes inclus dans l'échantillon) présentaient des idéations suicidaires. Ceux ayant des idéations suicidaires ne repasseraient pas la PCEM1 dans 54.7 % des cas alors qu'ils sont 35.2% dans le cas contraire. Ils sont 3.5 fois plus nombreux à penser quitter médecine souvent ou régulièrement (43.9% versus 14.9%). 81.6% des internes de médecine générale avec idéations suicidaires se sentent menacés par le burnout syndrom contre 44.2 % en l'absence d'idées suicidaires. La consommation de tabac est légèrement augmentée dans la population avec idéations suicidaires (15.9% versus 12.1%) la consommation régulière d'alcool est doublée (10.2 % versus 5.1%), la consommation d'hypnotique est multipliée par 4 (28.6 % versus 7.9%) et d'antidépresseur par 6 (29.8% versus 5%).

Cette étude retrouve un taux de 1.4% des internes de médecine générale qui ont déjà réalisé une tentative de suicide. 50% des internes de médecine générale ayant fait une tentative de suicide ne repasseraient pas la PCEM1 vs 36.2% en l'absence de tentative. 40 % d'entre eux pensent souvent à changer d'orientation. 72.7 % des internes de médecine générale ayant fait une tentative de suicide se sentent menacés par le burnout. La consommation de tabac est réellement plus élevée (29.1% versus 12 %), de même que la consommation d'alcool (9.1 % versus 5.3 %), d'hypnotique (40 % versus 8.7 %) et d'antidépresseur (50.9 % versus 5.8%).

En 2002 l'union régionale des médecins libéraux de Poitou-Charentes a réalisé une étude sur l'épuisement professionnel des médecins. Cette décision fait suite aux constats qui pouvaient être fait sur la souffrance psychique observable sur le terrain, mais également aux résultats de la publication par l'Union Régionale des médecins Libéraux (URML) de Bourgogne sur le suicide des médecins. L'objet de la recherche en Poitou-Charentes n'est pas de chercher à confirmer les résultats statistiques

obtenus en Bourgogne, mais d'approcher qualitativement les mécanismes pouvant donner lieu à un épuisement professionnel des médecins libéraux et ainsi au risque de suicide (28). L'étude a utilisée plusieurs méthodes complémentaires :

-Des entretiens classiques avec 21 médecins. L'objectif était d'aider le médecin à partager son propre vécu du risque d'épuisement professionnel, avec un véritable travail d'enquête. Pour 3 médecins des entretiens avec des conjoints ont également été réalisés.

-Des observations de consultations avec 9 médecins.

Cette étude a permis d'étudier qualitativement certains facteurs d'épuisement professionnel en lien avec des gestion différentes des contraintes professionnelles pouvant entraîner des souffrances distinctes. Quelques exemples de facteurs d'épuisement professionnels décrits dans cette étude :

- Charge de travail: apprendre à gérer la contradiction entre la durée de la consultation, la rentabilité du cabinet et l'aide qu'ils souhaitent apporter à leurs patients.
- Arriver à poser le bon diagnostic rapidement tout en prenant le temps d'analyser tous les éléments de l'histoire du patient, de pouvoir être à son écoute.
- Répercussion sur la vie familiale et la santé
- Les exigences des patients

Une citation d'un médecin de l'étude le résume :

« Pour les gens, on doit être là en permanence. En fait les patients, maintenant, ils veulent un médecin qui soit disponible, ils veulent ne pas attendre et ils veulent être soignés tout de suite. Donc ça n'est pas facile de proposer une bonne médecine, d'abord ça n'est pas possible de voir tout le monde tout de suite mais... et puis, d'un autre côté, c'est vrai que les médecins ont aussi une vie de famille et ils ont de plus en plus de mal à se dire « eh bien je vais commencer tôt le matin et finir tard le soir » parce qu'ils ont envie aussi de vivre, ils ont envie de profiter de leur famille. » (Médecin homme).

L'ORS du Limousin a réalisé en octobre 2015 (40) une enquête exhaustive auprès de 2356 médecins libéraux et salariés sur la souffrance psychique des médecins. Ceci fait l'objet d'un chapitre ultérieurement.

2. SPECIFICITES DE LA CRISE SUICIDAIRE CHEZ LES MEDECINS

2.1. Le sexe

Les études se rejoignent sur le chiffre très élevé du taux de suicide chez les femmes médecins tant au niveau international qu'au niveau national (17,22–24,26,41,42).

En 1996, Lindeman réalise une revue de littérature en Finlande sur le suicide des médecins. Le risque estimé de suicide varie de **1,1** à **3,4** chez les hommes médecins et de **2,5** à **5,7** chez les femmes médecins par rapport à la population générale. Il retrouve un taux de suicide identique entre les hommes et les femmes (7). (Tableau 3)

En 2004 Schernhammer via sa une méta-analyse des études entre 1966 et 2003 sur le suicide des médecins retrouve un taux modéré et significativement plus élevé des suicides chez les hommes médecins contre la population générale, avec un risque relatif de **1,41**, et significativement plus élevé chez les femmes médecins avec un risque relatif de 2,27 (23).

En 2005 Hampton a réalisé une revue de littérature sur le suicide des médecins sur les 4 dernières années. Il retrouve que le risque de mourir par suicide chez les médecins est **7** fois plus élevé chez les hommes vs la population générale (toute profession confondue) et entre **25** et **40** fois plus élevée chez les femmes médecins que les autres femmes (bien que le taux de suicide soit équivalent entre les hommes et les femmes médecins, car dans la population générale le taux de suicide est beaucoup plus élevé chez les hommes) (43).

Tableau 3 : Risque relatif du suicide chez les médecins en fonction du sexe (33,38,41,42)

RISQUES RELATIFS ESTIMES PARMI LES HOMMES MEDECINS	RISQUES RELATIFS ESTIMES PARMI LES FEMMES MEDECINS
Comparé à la population générale masculine : 1.1-3.4	Comparé à la population générale féminine : 2.5-5.7
Comparés aux autres hommes qualifiés : 1.5-3.8	Comparés aux autres femmes qualifiées : 3.7-4.5

Toutes les dernières études sur le suicide des médecins mettent en évidence un taux de suicide plus élevé chez les médecins que dans la population générale, et ce chiffre est d'autant plus élevé chez les femmes médecins. Ces chiffres risquent d'être en augmentation dans les années à venir devant l'augmentation des femmes au sein de la profession médicale.

Les femmes médecins présenteraient également plus d'idées suicidaires (26%) que leurs confrères masculins (22%) (44).

Dans certains pays, notamment en Europe centrale et orientale et en Finlande, les femmes médecins sont maintenant plus nombreuses que les hommes. Par contre, la proportion de femmes dans la profession médicale reste relativement faible au Japon, aux États-Unis, en Australie et au Canada, bien qu'elle soit en augmentation. Si les tendances actuelles des inscriptions en faculté et de la structure des diplômés se maintiennent, la représentation féminine dans la médecine continuera de croître. Aux États-Unis, près de la moitié des inscrits en première année de médecine en 2002-03 étaient des femmes, contre 29 % en 1980-81. Au Canada, 53 % des diplômés de médecine en 2004 étaient des femmes, contre 45 % dix ans plus tôt (45). (Figure 1)

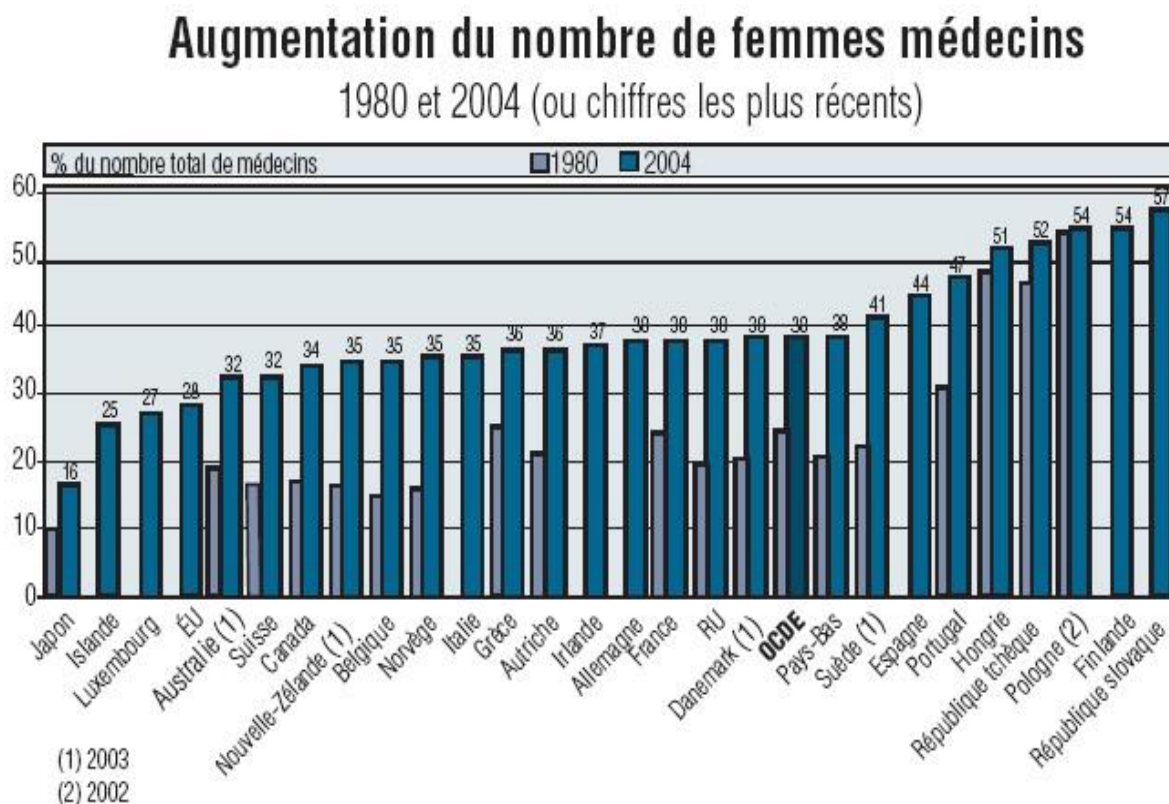
Au 1^{er} janvier 2013, la France comptait 218 296 médecins en activité, dont 101 803 Médecins Généralistes, 41,6% d'entre eux sont des femmes (46). Ce processus de féminisation s'accélère chez les jeunes générations. Chez les médecins âgés de 30 à 34 ans, on dénombre 53,7% de femmes, alors qu'elles ne représentent que 33,6% des médecins âgés de 55 à 59 ans. En 2011, 65% des étudiants affectés en Médecine Générale après l'Examen Classant National sont des femmes. Depuis 2007, les femmes représentent 2 internes sur 3 en Médecine Générale (47). D'après les projections de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) dans une étude de 2009, la parité hommes-femmes devrait être atteinte en 2022. Les femmes deviendraient majoritaires à partir de 2030, représentant alors 53,8% des médecins, et jusqu'à 56,4% des médecins généralistes (48,49).

Pour résumer :

Les taux de suicide des hommes médecins et des femmes médecins sont statiquement proches, ce qui contraste avec ce qui est observé dans la population générale où les taux de suicide sont plus élevés chez les hommes.

On retrouve des taux de suicide modérément plus élevés chez hommes médecins et très élevés chez femmes médecins par rapport à la population générale.

Figure 2 : L'augmentation du nombre de femmes médecins de 1980 à 2004



Source : *Éco-Santé* OCDE 2006

2.2. L'âge

Les données de la littérature ne sont pas toutes homogènes quant à l'âge des médecins qui se suicident, d'autant que certaines études ne s'intéressent qu'aux suicides survenus chez des médecins en activité, alors que d'autres prennent aussi en compte les médecins retraités, et les médecins en formation.

Les médecins se suicideraient plus pendant « les années de vie professionnelle productive ». L'âge moyen retrouvé est de 50 ans au moment du suicide (5,19,42,50,51).

Plusieurs études décrivent une augmentation importante des taux de suicide avec l'âge. Cette augmentation est proportionnellement plus importante chez les hommes médecins (16,20,26,41) que chez les femmes médecins (20,22,26).

A l'inverse Steppacher & Mausner en 1974 retrouvent un taux plus élevé de suicide chez les femmes médecins de moins de 40 ans. Son étude a recensé 530 décès sur 5 ans et montre 40 % des

suicides des femmes médecins et 20 % des hommes médecins avaient moins de 40 ans. Confirmé par l'étude d'Hawton, bien plus récente (2001) qui décrit une proportion majeure de suicides chez les femmes médecins de moins de 35 ans (22).

En France Léopold en 2003 dans son portrait-robot du médecin suicidant décrit un âge moyen de 48 ans (33).

Il y a peu d'études sur les 2 extrémités d'âges de la profession. L'étude de Samkoff de 1995 sur la mortalité des jeunes médecins aux Etats-Unis, a retrouvé 22 suicides sur 122 décès avec un certificat établi soit un taux de 26 % des médecins âgés de 25 à 39 ans (52). Peu d'études prennent en compte dans leurs statistiques les médecins retraités.

Pour résumer :

- **On retrouve des taux de suicide plus important chez les médecins durant les années professionnelles actives.**
- **Les femmes médecins se suicident en proportion plus importante avant 40 ans, et les hommes médecins plutôt vers la cinquantaine.**

2.3. Les spécialités et conditions d'exercice

En ce qui concerne l'espérance de vie des médecins selon la spécialité médicale, les études les plus anciennes ne montrent pas de différences statistiquement significatives entre les différentes spécialités (53–55).

Certains travaux démontrent que les médecins spécialistes semblent avoir une espérance de vie inférieure à celle des médecins généralistes. Goodman (1975) retrouve une mortalité chez les hommes médecins généralistes de 114,3% par rapport à celle de l'ensemble des hommes médecins, tandis que parmi les différents groupes de médecins spécialistes considérés dans l'étude, ce rapport était situé le plus souvent entre 80 et 85%. Il attribue la situation plus favorable des spécialistes à une auto-sélection de la part de ceux qui choisissent une spécialité médicale. Ces médecins étudient plus longtemps et ont le plus souvent des revenus plus élevés que les médecins généralistes. Selon l'auteur, les médecins qui choisissent une spécialité seraient mieux préparés à faire face aux exigences et au stress croissants de la profession (21,56).

Une étude de 2001 a cherché à déterminer les facteurs de risque de suicide chez les médecins en Angleterre et en Écosse, entre 1979 et 1995. (Tableau 4) Sur cette période, 223 décès de médecins (hommes et femmes) par suicide (87 % d'entre eux) ou cause indéterminée (13 %) ont été recensés. L'étude a montré les résultats suivants (22) :

Spécialités où le risque de suicide enregistré est plus élevé

- Anesthésistes (6,8)
- Radiothérapeutes (5)
- Psychiatres (4,8)

Spécialités où le risque de suicide est relativement plus faible :

- Gynécologues (2,6)
- Chirurgiens (2,1)
- Pathologistes (0,7)

Légende : entre parenthèses le risque relatif.

Le suicide chez les anesthésistes :

E.A Lew en (1979) BH Alexander et al (2000), retrouvent un taux plus élevé de suicide chez les anesthésistes, contre la population générale et les autres spécialités. (19, 43, 48,49). Hawton retrouve un risque relatif de 6.8 par rapport aux médecins exerçant une spécialité médicale (22).

Le suicide chez les psychiatres :

Des données divergentes ont été écrites sur le sujet. W. Freeman (1967) CL. Rich et al (1980) LM. Carpenter et al (1997) et retrouvent un taux de suicide plus élevé chez les psychiatres (22,59–61) par rapport aux autres spécialités. Hawton retrouve un risque relatif de 4.8 par rapport aux médecins exerçant une spécialité médicale (22).

En France le Dr Léopold décrit 3 spécialités plus à risque de suicide : les psychiatres, les généralistes et les anesthésistes (33).

L'étude du Dr Léopold a également comparé le taux de suicide selon les conditions d'exercice qu'elles soient libérale, hospitalière, rural ou urbaine et ne retrouvent pas de différence statistiquement significative. Le travail en groupe ne serait pas protecteur. Aucune condition d'exercice n'est épargnée (62). Ces chiffres sont à interpréter avec précaution devant le faible nombre de cas par spécialité.

Tableau 4 : Nombre de suicides et risques relatifs par spécialité entre 1974-1995, Angleterre et Pays de Galles (22,50)

Spécialités	Nombre de suicide	Risque relatif
Spécialités Médicales	4	Références
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
Urgences	0	0
Médecine de dispensaire	7	8
Gynécologie-obstétriques	2	2.6

Dans l'étude québécoise de Pierre Gagné, 77.8 % des médecins qui se sont suicidés vivaient dans des zones urbaines (étude de 36 suicides entre 1992 et 2009) (5).

2.4. Les moyens utilisés

La littérature s'accorde sur le fait que l'intoxication médicamenteuse volontaire représente le moyen de suicide « abouti » le plus utilisé par les médecins (19,20,22,41,43,50,51,53,63). Ceci est retrouvé autant chez les hommes que les femmes.

Ces résultats contrastent avec ceux de la population générale : le plus fréquent est la pendaison (45 % des suicides de 2002), suivi par l'utilisation d'une arme à feu (16 %) puis l'IMV (15 %). La pendaison reste ainsi le premier mode de suicide chez les hommes quel que soit leur âge. Au contraire, l'ingestion de substances toxiques est le premier mode de suicide chez les femmes entre 25 et 54 ans (64) (Tableau 5, 6, 7).

Tableau 5 : Moyens employés pour le suicide des médecins comparés à la population générale en Angleterre, 1979–1995⁽⁶⁵⁾

Méthode (ICD9 E code)	Hommes (âges 25–64 ans)		Femmes (âges 25–59 ans)		Hommes et femmes	
	Médecins	Population générale	Médecins	Population générale	Médecins	Population générale
Drogue, poisons	115 (54.8)	8518 (19.5)	40 (64.5)	7220 (46.8)	155 (57.0)	15738 (26.6)
strangulation, suffocation	27 (12.9)	11022 (25.2)	9 (14.5)	2400 (15.6)	36 (13.2)	13422 (22.7)
Gaz, intoxic. carbon monoxide	21 (10.0)	11388 (26.1)	6 (9.7)	1335 (8.7)	27 (9.9)	12723 (21.5)
Plaies	13 (6.2)	925 (2.1)	3 (4.8)	213 (1.4)	16 (5.9)	1138 (1.9)
Armes à feu et explosifs	12 (5.7)	2136 (4.9)	0 (0.0)	139 (0.9)	12 (4.4)	2275 (3.8)
Noyade	8 (3.8)	2969 (6.8)	2 (3.2)	1609 (10.4)	10 (3.7)	4578 (7.8)
Autres poisons	4 (1.9)	657 (1.5)	0 (0.0)	229 (1.5)	4 (1.5)	886 (1.5)
Précipitations	2 (1.0)	1931 (4.4)	0 (0.0)	841 (5.5)	2 (0.7)	2772 (4.7)
Autres	8 (3.8)	4136 (9.5)	2 (3.2)	1428 (9.3)	10 (3.7)	5564 (9.4)
Total	210	43682	62	15414	272	59096

Tableau 6 : Suicide par empoisonnement et IMV (65)

Méthodes	Males (n=169)	Femmes (n=59)	Femmes et Hommes (n=228)
Barbituriques	39 (23.1)	10 (16.9)	49 (21.5)
Gaz (inclus CO)	29 (17.2)	7 (11.9)	36 (15.8)
Analgésiques	17 (10.1)	14 (23.7)	31 (13.5)
Opiacés	27 (16.0)	1 (1.7)	28 (12.3)
Antidépresseurs	9 (5.3)	13 (22.0)	22 (9.6)
Anesthésiques	17 (10.1)	3 (5.1)	20 (8.8)
Mineurs tranquillisants	15 (8.9)	5 (8.5)	20 (8.8)
Majeurs tranquillisants	5 (3.0)	3 (5.1)	8 (3.5)
Insuline	4 (2.4)	3 (5.1)	7 (3.1)
Autres drogues	11 (6.5)	5 (8.5)	16 (7.0)
Chimie	3 (1.8)	1 (1.7)	4 (1.7)
Drogues festives	2 (1.2)	0	2 (0.9)
Drogues non connues	16 (9.5)	3 (5.1)	19 (8.3)

Le total excède le nombre d'individu ; car les médecins avaient utilisés, plusieurs drogues.

Tableau 7 : suicide par automutilation (65)

Méthode	Hommes (n=88)	Femmes (n=22)	Femmes et Hommes (n=110)
Pendaison	27 (30.7)	7 (31.8)	34 (30.9)
Plaie	17 (19.3)	4 (18.2)	21 (19.1)
Tir	14 (15.9)	1 (4.5)	15 (13.6)
Noyade	9 (10.2)	3 (13.6)	12 (10.9)
Asphyxie/suffocation	10 (11.3)	5 (22.7)	15 (13.6)
Précipitation d'un véhicule	3 (3.4)	2 (9.1)	5 (4.5)
Brûlure	2 (2.3)	0	2 (1.8)
Précipitation	2 (2.3)	0	2 (1.8)
Causes non connues	4 (4.5)	0	4 (3.6)

L'overdose par anesthésique est retrouvée chez plus de la moitié des anesthésistes suicidés (10/20), fréquence très largement supérieure si l'on observe l'ensemble des médecins (10/223, 4.5%; OR 21.30, 95% CI 6.41–72.77). Il n'y a pas d'autre association retrouvée dans les autres spécialités. Les anesthésiques sont utilisés par seulement 16.6% (2/12) des chirurgiens. Il est intéressant de noter qu'aucun des psychiatres (0/13) qui se sont suicidés par IMV n'a utilisé des médicaments psychiatrique (65).

L'intoxication médicamenteuse volontaire est le moyen le plus utilisé, favorisé par la facilité d'accès aux médicaments, et des bonnes connaissances pharmacologiques des médecins (50).

Reprenant ces chiffres, Hawton préconise à des fins préventives de limiter l'accès aux médicaments dangereux chez les médecins présentant un épisode dépressif caractérisé (22,63).

2.5. Le statut marital et social, profil du médecin à haut risque suicidaire

Plusieurs études dans la population générale, décrivent des taux plus importants d'idéations suicidaires chez les femmes séparées, divorcées, veuves (53,66,67). Selon certains auteurs le fait d'être divorcé, célibataire ou veuf constituerait un facteur de risque de suicide chez les médecins (19,41,68).

Le taux de divorce chez les médecins est 10% à 20% supérieur à celui de la population générale (69,70). En outre, les couples qui incluent un médecin, qui restent mariés ont rapporté des mariages qui sont plus malheureux. Pendant de nombreuses années au lycée, à la faculté de médecine, pendant l'internat, les médecins se concentrent sur l'obtention du prochain obstacle. Ils apprennent à reporter les plaisirs de la vie que les autres apprécient. Il a été émis l'hypothèse que cette psychologie du report peut être liée à des traits de personnalité. En particulier, les traits de personnalité obsessionnels qui sont largement annoncés comme étant des ingrédients clés de la réussite professionnelle peuvent avoir pour conséquence indésirable de conduire à des relations personnelles plus lointaines. Beaucoup de médecins placent le travail avant tout, et il a été spéculé que cela peut servir l'objectif pour eux d'aider à éviter l'intimité (71).

Silverman dans son livre sur la santé des médecins, décrit plus de suicide chez les médecins divorcés, séparés, célibataires ou avec une rupture sentimentale récente (51,72). Rose et al indiquent que si un divorcé est 3 fois plus à risque de suicide qu'un homme marié, les médecins divorcés se suicideraient **13** fois plus que leurs confrères mariés (50,53). Aasland et al estiment qu'un homme médecin célibataire aurait **5** fois plus tendance à se suicider qu'un confrère marié ou vivant en couple. De plus il explique que le risque relatif de suicide pour un homme médecin célibataire serait **15.5** fois plus élevé que pour une femme médecin mariée ou vivant en couple (41,50).

Les travaux de l'amicale des psychiatres du Vaucluse cité dans l'étude du Dr Léopold retrouve que la moitié des médecins suicidés sont célibataires (62).

Au contraire, Gagné retrouve, des taux de suicide plus importants chez les médecins en couple mariés ou non (51.6%) contre 31.4% dans le groupe contrôle (5).

Eneroth a étudié et comparé les pensées suicidaires chez 234 internes par rapport aux médecins spécialistes. Aucune corrélation n'a été révélée entre le statut marital et les idéations suicidaires. Il retrouve par contre un taux d'idéations suicidaires chez les internes qui diminuent chez ceux ayant des enfants (3) et met ses résultats en parallèle avec divers travaux objectivant une corrélation positive entre la parentalité et la diminution du stress au travail chez les jeunes internes. Il émet l'hypothèse que le fait d'avoir des enfants a des effets positifs sur le bien-être personnel des internes car ce serait un divertissement dans les préoccupations quotidiennes en lien avec la formation et la compétitivité.

Plusieurs profils du médecin à haut risque suicidaire ont été décrits : (Tableau 8, 9)

Tableau 8 : Profil du médecin à haut risque suicidaire selon Center et al (50,51):

Sexe : homme ou femme

Age : femme moins de 45 ans; homme 50 ans ou plus

Statut marital : divorcé, séparé, célibataire, rupture sentimentale récente

Facteurs de risques : dépression, abus d'alcool ou de drogues, addiction au travail

Etat de santé : symptômes ou antécédents psychiatriques (dépression, anxiété), problèmes somatiques (douleurs chroniques, pathologies 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

Tableau 9 : Portrait-robot du médecin suicidant de l'étude du Dr Léopold (62)

Femme de 48 ans.

Psychiatre, généraliste ou anesthésiste.

Exercice urbain ou rural, en groupe ou isolé, libéral ou hospitalier, participant ou pas à des groupes de travail et une FMC.

Marqueurs associés : Alcool et addictions, divorce, difficultés financières, contentieux, maladie physiques ou psychiques.

2.6. Comorbidités associées

Qu'ils concernent les médecins ou non, les suicides ne surviennent que très rarement de manière isolée. Ils sont très souvent associés à des troubles de l'humeur (épisode dépressif / bipolarité), des pathologies addictives, des troubles de la personnalité, ou plus rarement des troubles schizophréniques. Aussi bien pour les arrêts de travail de courte durée que pour les mises en invalidité, on note une prévalence des affections psychiatriques chez les médecins à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (73) (figure 2).

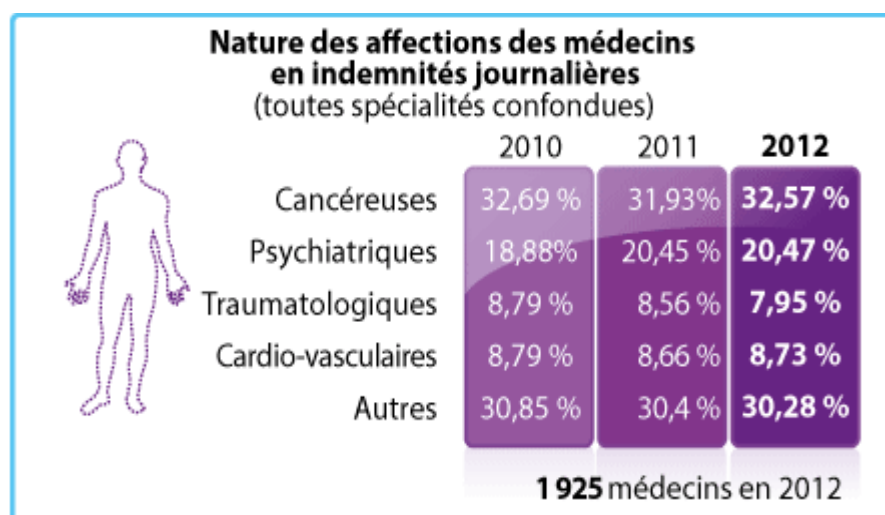


Figure 3 : Nature des affections des médecins en indemnités journalières de 2010 à 2012 d'après la Caisse Autonome de retraite des médecins de France (CARMF)

Les troubles psychiatriques demeurent toujours la principale affection des médecins en invalidité définitive entre 2010 et 2012. Comparativement, les nombres d'affections cancéreuses et d'affections du système nerveux ont légèrement augmenté sur la même période, alors que le nombre d'affections cardio-vasculaires est en baisse (figure 3).

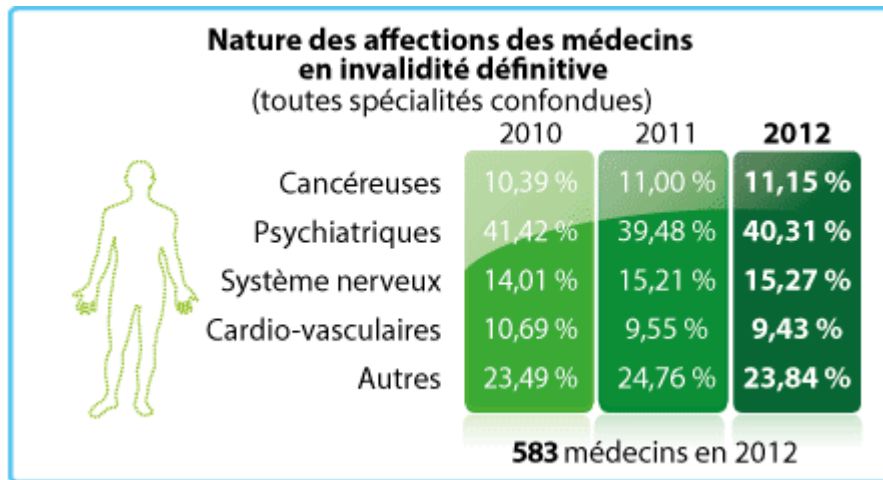


Figure 4 : Nature des affections des médecins en invalidité définitive de 2010 à 2012 d'après la Caisse Autonome de retraite des médecins de France (CARMF)

Caplan a recherché la présence de comorbidités psychiatriques avec l'échelle Général Health Questionnaire (échelle qui évalue la dépression, l'anxiété, l'hypocondrie, et les troubles du comportement) auprès des médecins généralistes, des spécialistes en les comparant à un groupe contrôle. Il retrouve que plus de **47%** des médecins ont des scores positifs au questionnaire contre **26.8%** dans la population générale (74).

Ramirez a évalué le taux de comorbidités psychiatriques chez des spécialistes (gastroentérologues, chirurgiens, radiologues, et oncologues) via la Général Health questionnaire et retrouve un taux positif dans **27%** des cas. Les radiologues auraient le taux le plus élevé de burnout et le taux le plus bas d'accomplissement personnel (75).

Hampton et Schernhammer évoquent des taux de pathologies psychiatriques plus élevés chez les médecins par rapport à la population générale (22,42). Welner a comparé le taux de pathologies psychiatriques de 111 femmes médecins à 103 femmes doctorantes. **51%** des femmes médecins et **32%** des doctorantes avaient déjà eu un épisode dépressif au cours de leur vie. La dépression chez les femmes psychiatres était significativement plus fréquente (**73%**) que chez les autres médecins (**46%**) (76).

Le programme d'attention intégrale pour le médecin malade (PAIMM) a été créé conjointement par le conseil de l'ordre des médecins de Barcelone et la Generalitat (gouvernement de la Catalogne) en 1998, dans l'objectif de prendre en charge des médecins en activité souffrant de

pathologies mentales et ou addictives. Selon ce programme, les médecins auraient 1 risque sur 10 de présenter un épisode lié à des maladies psychiques et/ou à des conduites de dépendance durant leur vie professionnelle (50,77). La clinique Galatea en Espagne a traité 1606 médecins souffrant de maladies mentales et ou addictives de 2007 à 2010. Au niveau des statistiques :

- Il y avait 56% d'hommes et 44% de femmes.
- 72% avait entre 35 et 55 ans et 41% entre 40 et 50 ans.
- **45%** présentaient un trouble de l'adaptation, **22%** un trouble de l'humeur, **17%** une addiction, **4%** un trouble anxieux, **4%** un trouble schizophrénique ou un autre trouble psychotique, **1%** un trouble de la personnalité, **5%** un autre trouble, **2%** un trouble non spécifié.

Un programme québécois a vu le jour : le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) a révélé que de l'année 1990 à mai 2011, 5022 demandes d'aide ont été faites auprès de cet organisme. Entre le premier juin 2010 et mai 2011 (dernière année rapportée), il y a eu 502 demandes, en comparaison avec 464 demandes pour l'année précédente et 451 demandes pour l'année 2008-2009. Comme le précise le Dr Anne Magnan, directrice du programme, pour 2005-2006, neuf demandes sur dix concernaient des problèmes de santé mentale (épuisement professionnel, trouble d'adaptation, dépression, anxiété, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), maladie affective bipolaire, trouble du déficit de l'attention ...). À ce titre, les problèmes de santé mentale sont toujours au premier rang des demandes pour les dernières années compilées. Plus précisément, on retrouve **89,2%** des demandes pour des problèmes de santé mentale, **3,3%** pour des problèmes de toxicomanie et **1,4%** pour une double pathologie. L'âge moyen des patients du programme est de 41,8 ans pour les médecins généralistes, 43,4 ans pour les spécialistes et 29,5 ans pour les internes. La demande d'aide est volontaire dans 94 % des cas et provient de la pression du milieu dans 6 % des cas. (78).

De manière plus spécifique, Hawton a analysé les dossiers médicaux de 38 médecins suicidés en Angleterre entre 1991 et 1993. (Tableau 10) Il retrouve **86.2%** de troubles psychiatriques associées, dont la dépression est la pathologie la plus fréquente. Myers en 2008 retrouve près de **85-90%** de comorbidités psychiatriques associées au suicide des médecins (79). Gagné au Québec retrouve un taux de **83.3%** de pathologies mentales chez les médecins décédés par suicide (5). Cavanagh en 2003 a fait une revue de littérature sur les pathologies psychiatriques associées au suicide des médecins. Il retrouve un taux de **90-91%** de troubles psychiatriques associés au suicide des médecins comparé à **27%** dans le groupe contrôle. L'association comorbidité psychiatriques et addiction à des substances est significativement plus élevée (**38%**) chez les médecins suicidés que dans le groupe contrôle (**6%**) (80) (tableau 10).

Ce taux est comparable à ce que l'on retrouve dans la population générale. L'autopsie psychologique est une méthode de prévention du suicide qui collecte des informations sur un grand nombre de paramètres : les détails de la mort, le paysage familial, le contexte social, le parcours de

vie, le monde relationnel, les conditions de travail, la santé physique et mentale et les antécédents, les éventuelles conduites suicidaires antérieures, les événements de vie négatifs, l'éventualité de contact avec des services d'aide avant le passage à l'acte et la réaction des proches au suicide. Les travaux faisant appel à l'autopsie psychologique révèlent que la prévalence des troubles mentaux dans le comportement suicidaire est de **90 %** des cas, quel que soit l'âge ou le sexe, par rapport aux taux de **10-30 %** rencontrés dans la population témoin. Il y a ainsi 9 suicidés sur 10 qui présentent une pathologie mentale au moment du suicide. Ce taux est comparable à celui retrouvé chez les médecins suicidés (34,81,82).

Tableau 10 : comorbidités psychiatriques des médecins suicidés dans l'étude de Hawton (63)

Comorbidités psychiatriques (n=38)	Trouble défini	Probable
Episode dépressif caractérisés modéré	5	1
Episode dépressif caractérisé sévère	2	0
Episode dépressif caractérisé non	4	6
Trouble bipolaire	1	1
Dépendance à l'alcool	2	0
Dépendance aux opioïdes	2	0
Dépendance aux sédatifs	1	0
Non connu	9	
Pas de trouble psychiatrique	4	

Les 3 facteurs de risque suicidaire principalement mis en avant dans la littérature sont : la dépression, les conduites addictives et l'éthylisme (22,23,43,50,51,63).

Dans sa thèse consacrée à l'état de santé de médecins libéraux de l'Ile de France, Laurence Gillard montre que **90%** des médecins n'ont pas de médecin traitant, **86%** se prescrivent leur traitement psychotrope eux-mêmes, et **31%** ressentent le besoin d'un soutien psychologique.

Les principales pathologies psychiatriques invalidantes en ce qui concerne l'exercice professionnel sont les psychoses, la bipolarité, les épisodes dépressifs et les pathologies addictives.

La schizophrénie se manifeste le plus souvent en fin d'études ou au début de l'exercice professionnel (83). Elle peut débiter par une bouffée délirante aiguë avec idées délirantes, hallucinations, et discordance faisant perdre le contact avec la réalité et alertera les patients, les

confrères ou la famille. Ou à l'inverse par des symptômes négatifs tels un apragmatisme, une apathie, un isolement socio-affectif qui rendent le médecin incapable d'assumer son travail (83).

Les épisodes maniaques ou dépressifs dans la maladie bipolaire peuvent survenir vers la trentaine voire plus tard. Il se posera la question de leur aptitude à exercer dans les intervalles libres de la pathologie, et surtout de la rigueur de leur suivi.

Le délire paranoïaque peut rester très longtemps inaperçu, pouvant souvent être perçu comme un trait de caractère. Nombre de plaintes de confrères à l'encontre d'autres confrères sont en lien avec cette structure de personnalité. Il y a rarement des productions délirantes mais plutôt un délire évoluant à bas bruit, ainsi c'est plutôt les multiples plaintes et procédures judiciaires qui attireront l'attention sans pour autant qu'il soit facile de procéder à une expertise mettant en cause l'exercice professionnel.

On retrouve également dans la profession différentes addictions : l'addiction à l'alcool, aux médicaments, au travail (workaholisme), dans ce dernier cas avec l'impossibilité de dire non à la demande sans fin des patients, laquelle peut entraîner une surcharge de consultations, des erreurs de traitements et de diagnostic. Le risque est une décompensation dépressive avec tentative de suicide, ou bien des accidents de la voie publique, voire un passage à l'acte agressif à l'égard d'autrui. Parfois le conjoint du médecin est en première ligne et finalement s'en sépare, aggravant de ce fait la solitude et l'addiction (83).

2.6.1. Les troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur, aussi appelés troubles affectifs, comprennent principalement l'épisode dépressif, la dépression récidivante unipolaire et le trouble bipolaire, de santé mentale qui affligent plus de **5%** de la population adulte.

Les taux de dépression chez les médecins semblent similaires à ceux de la population générale (51,84,85). Ford a étudié la prévalence de la dépression chez 1300 hommes médecins inscrits à l'université d'Hopkins entre 1948 et 1964. Il retrouve un taux de prévalence vie entière de dépression de **12.8%** (51,84,86). Il est retrouvé un taux identique de **12%** de prévalence vie entière de dépression chez les hommes américain (âge 45-54 ans) dans une étude nationale de 1994 (51,87). Le taux de prévalence vie entière pour la dépression chez les femmes médecins est de **19.5%** dans l'étude de Frank de 1999, ce qui est comparable au taux retrouvé chez les femmes dans la population générale et chez les femmes qui travaillent (88).

De façon plus précise, Welner retrouve des taux plus élevés de dépression chez les femmes médecins comparé aux femmes doctorantes (76). Center et al parlent d'un âge plus élevé (45-54 ans) chez les médecins présentant des symptômes de dépression que dans la population générale (51).

Caplan retrouve **27 %** de dépression chez les médecins généralistes (échelles hospital anxiety depression scale), et **19%** chez les spécialistes. Les médecins généralistes présentent plus de pensées suicidaires que les spécialistes (**14% vs 5%**; P=0.04) (74).

Plusieurs études retrouvent cependant des taux de dépression plus élevés (**15 à 30%**) chez les étudiants en médecine et les internes (**30%**) comparé à la population générale (86,89–91). Schwenk en 2010 a étudié la dépression et les idées suicidaires chez les étudiants en médecine. Il retrouve des taux de dépression modérée et sévère de **14.3%**, ses taux sont plus élevés chez la femme que chez l'homme (**18% vs 9%**). Les étudiants de troisième et quatrième année étaient plus susceptibles que les étudiants de première et de deuxième année de présenter des idées suicidaires (**7.9 vs 1.4%**) (92). Des études ont révélé que les internes ayant souffert de dépression peuvent être jusqu'à **6** fois plus susceptibles que le groupe contrôle à faire des erreurs de médication (91,93). Douglas a réalisé une revue de littérature sur la dépression des internes en Europe entre janvier 1963 et septembre 2015. Il a analysé plus de 31 études transversales et plus de 23 études longitudinales soit plus de 17 500 internes. La prévalence de la dépression ou des symptômes dépressifs pour les internes est de **28.8%**, allant de **20.9% à 43.2%** (94).

Albuquerque a réalisé une étude de cohorte rétrospective en 2009, évaluant les taux de récurrence thymique de 50 médecins présentant le diagnostic de bipolarité ou de dépression unipolaire sur une période d'environ 2 ans. Parmi cet échantillon, il y a avait 64% d'hommes, un âge moyen de 43.8 ans, 52% de médecins généralistes, 18% de psychiatre et 10% internes. Il y a avait 50% de d'épisode dépressif caractérisé et 50% de trouble bipolaire (44% type 1, 66% type 2). Ils avaient un nombre moyen d'épisodes de 1.7, 40% avaient des comorbidités psychiatriques associées, 48% avaient des antécédents familiaux de troubles psychiatriques. 36% des médecins ont arrêté de travailler durant la récurrence de leurs symptômes avec un temps médian jusqu'à l'arrêt de travail de 11 mois. 52% ont une réémergence des symptômes, avec un temps médian de réapparition de 13 mois. Le temps moyen d'arrêt de travail était de 4 mois, et passait à 8 mois en cas de comorbidités associées.

D'après certains auteurs, le suicide serait l'aboutissement d'un continuum qui commence par une tristesse de l'humeur, qui progresse vers des idées suicidaires passives, des pensées suicidaires actives et enfin des actions suicidaires (3,95–97).

On retrouve ainsi une proportion plus élevée de dépression chez les médecins qui se sont suicidés (45,46, 58,88). Pitts en 1979 a étudié les dossiers médicaux de 751 femmes médecins qui se sont suicidés entre 1967 et 1972, et trouve chez elles plus de **65%** de trouble de l'humeur (98).

Hawton dans son analyse des comorbidités psychiatriques des médecins suicidés en Angleterre, retrouve lui aussi une proportion très élevée (**69%** soit 20/29 des médecins suicidés) de trouble de l'humeur (dépression et bipolarité), avec **62,1%** d'épisode dépressif caractérisé et **6.9%** de trouble bipolaire. Sur les 20 médecins suicidés qui souffraient de trouble de l'humeur (F31, F32 or

F33) 14 (soit environ les deux tiers) avaient un traitement antidépresseur prescrit et 2 d'entre eux s'étaient prescrit eux-mêmes les antidépresseurs.

Cavanagh dans sa revue de littérature, retrouve un taux de **56 %** de trouble de l'humeur chez les médecins suicidés (80).

Enfin, Gagné décrit que les épisodes dépressifs caractérisés sont les plus représentés avec un taux de **61.1 %** suicide par les troubles bipolaires (**8.3%**) (5) (tableau 11). Il dit également que le suicide est généralement le résultat d'une dépression non traitée ou non correctement traitée, associée avec des connaissances et un plus grand accès aux moyens létaux.

Tableau 11 : Comorbidités psychiatriques des médecins suicidés au Québec entre 1992 et 2009 (5)

Diagnostic psychiatrique	Médecins n=36	Groupe contrôle	OR	95%CI
Total	83.3%	91.7%	0.46	0.10-1.98
Episode dépressif	61.1%	55.6%		
Trouble bipolaire	8.3%	5.6%		
Schizophrénie	2.8%	8.3%		
Autres	11.1%	22.2%		
Contact avec une unité	66.7%	72.2%	0.79	0.28-2.01

Pour résumer :

- Les médecins auraient des taux de comorbidités psychiatriques plus élevés que la population générale.
- Les taux de dépression chez les médecins semblent identiques à ceux de la population générale.
- La prévalence de la dépression chez les médecins est plus élevée chez les femmes, les médecins généralistes et les internes. L'âge de survenu est plus tardif que dans la population générale.
- Les dépressions puis les troubles bipolaires sont les comorbidités les plus fréquemment associées au suicide du médecin.

2.6.2. Le burnout

L'intérêt porté au concept d'épuisement professionnel appelé également burnout, chez les professionnels de santé est de plus en plus important. Si à ce jour, les classifications psychiatriques internationales ne reconnaissent pas le burnout en tant qu'entité nosographique pathologique, il est important de bien définir ce syndrome afin de ne pas méconnaître une pathologie psychiatrique, de ne pas le confondre avec l'insatisfaction au travail, et devant les enjeux économiques que cela peut engendrer. Les caractéristiques du burnout sont :

- Le burn out a une dimension physique et psychique.
- Il n'y a pas de symptôme pathognomonique.
- Il s'agit d'une expérience psychique négative caractérisée par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une baisse de l'accomplissement personnel.

Un des intérêts principaux de la reconnaissance du burnout est qu'il peut faire le lit d'un véritable épisode dépressif caractérisé qui en est une complication relativement fréquente. L'outil de mesure du burnout le plus utilisé est le Maslach burn out inventory (MBI) (annexe 2) créé par Maslach et Jackson (99,100).

Il est difficile de comparer les résultats des différentes études, car toutes n'ont pas procédé aux analyses de la même façon, ni utilisé la même version du MBI, et les populations étudiées sont hétérogènes. Ainsi, selon les études, **10 à 50%** des médecins ont des scores élevés d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation (101).

Soler a réalisé en 2004 une étude de prévalence du burnout des médecins généralistes de 12 pays européens. Il retrouve que **43%** ont des scores élevés d'épuisement émotionnel, **12%** présentaient un stade sévère de burnout caractérisé par une atteinte pathologique des 3 dimensions du Maslach burnout inventory (102).

Le Dr Guinaud a réalisé le MBI test chez les internes d'Ile de France en 2005 lors du choix des stages. Il a recueilli 692 questionnaires exploitables (92% de réponse). L'analyse de ceux-ci a révélé que **25%** des sujets présentaient un épuisement émotionnel élevé, **42%** une dépersonnalisation élevée et **48%** un faible sentiment d'accomplissement personnel. Les moyennes de chaque paramètre (EE: 22±10 ; DP: 11±6 ; AP:34±7) étaient comparables à celles des études réalisées chez les généralistes français (113).

En 2007 le Dr Estryn-Behar a réalisé l'enquête SESMAT santé et satisfaction des médecins au travail et a analysé l'épuisement professionnel des médecins hospitaliers. Elle retrouve les taux de burnout les plus élevés pour les urgentistes (**33%**) et les psychiatres (**30.9%**), alors que le taux moyen de burnout élevé toutes spécialités confondues est de **23.1%** (116).

Il existe de nombreuses études françaises sur le burnout des médecins, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. Dr Truchot a réalisé plusieurs études sur le burnout des médecins libéraux et généralistes de Bourgogne (2001), de Champagne-Ardenne (2003) et de Poitou-Charentes (2004). Ces études ont montrés que **47%** des médecins généralistes présentent des symptômes du burnout (27–29,103). Le Dr Galam a étudié l'épuisement professionnel des médecins généralistes d'Ile-de-France en 2007 et retrouve une menace de burnout chez **53%** des médecins généralistes (30).

Karen Lamarche résume les principales études et résultats réalisée en France sur le Burnout des médecins (38). (Tableau 12)

En 2008, Dyrbye et al a étudié la corrélation entre le burnout et les idéations suicidaires chez les étudiants en médecine américain. Il retrouve que le burnout est rapporté par **49,6%** des étudiants en médecine et que **11,2%** présentent des idées suicidaires dans l'année écoulée. Dans la cohorte longitudinale, le burnout, la qualité de vie, et les symptômes dépressifs prédisent l'idéation suicidaire au cours de l'année suivante. En analyse multi variée, le burnout et la fragilité psychologique sont des facteurs prédictifs indépendants d'idées suicidaires au cours de l'année suivante et la guérison du burnout est associée à une régression des idéations suicidaires (104,105).

Truchot a également étudié la corrélation entre le burnout et les idéations suicidaires chez 1890 médecins généralistes répartis sur 5 régions françaises. Si l'épuisement émotionnel (le noyau du burnout), n'est associé ni à la consommation de tabac ni à la consommation d'alcool, il est en revanche, significativement lié à la prise d'anxiolytiques, ou d'antidépresseurs et à la présence d'idéations suicidaires. Le burnout semble donc bien lié à l'état de santé et aux comportements de santé des médecins généralistes (106).

Tableau 12 : Résumé des publications sur le burnout des médecins par Karen Lamarche (38)

ML : Médecins Libéraux MG : Médecins Généralistes IMG : Internes Médecine Générale

EE : épuisement émotionnel DP : dépersonnalisation AP : accomplissement personnel

Régions	Année	Médecins	Effectif	Fort EE (%)	Fort DP (%)	Bas AP (%)	Commentaires
Tours(107)	1999	IMG	36				53 % avaient au moins un score élevé pour une des composantes du burnout. 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.
Paris et Haute-Garonne(108)	2001	MG	932				46.6% déclarent être souvent ou très souvent stressés. Les femmes 1,4 fois plus que les hommes.
Bourgogne(27)	2001	ML	394	47.2	32.8	29.2	68,5% des cas, les relations avec les patients sont la source majeure de stress et de tension.
Bretagne, Dinan(109)	2002	MG	88	22.7	35.2	39.8	50% envisage de changer d'orientation, 30% avaient augmenté leur consommation de tabac, 15% d'alcool, 40% de café, 20% de psychotropes.
Loire(110)	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-Ardenne(29)	2003	L	407	42.3	44.5	37.4	44,5% des médecins «entretiennent des attitudes très négatives avec leurs patients.
Poitou-Charentes(28)	2004	MG	515	40.3	43.7	43.9	Une variable modératrice par rapport au burnout a pu être isolée : le support social que constitue l'aide confraternelle.
Poitou-Charentes(111)	2004	MG		34	40	44	Les souhaits de changement de métier, sont liés à l'organisation du travail (85,8%), et au revenu (67,5%).
Rhône-Alpes(112)	2004	MG	189	25	24	42	
Indre et Loire(113)	2005	MG	496	25	29	25	
Cher(114)	2005	MG	127	25.2	33.1	29.1	
Ile-de-France(115)	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.
Truchot(29)	2005	étudiants	650				33% des étudiants et 42% des étudiantes en médecine souffrent d'anxiété et dépression. 20% des étudiants sont atteints d'un degré plus ou moins élevé de dépression. Les scores de burnout d'EE et de DP augmentent au cours des 6 premières années de médecine. Il y a un désengagement social, avec des motivations centrées plus sur la sphère privée, personnelle.

Réseau sentinelle INSERM et Corse(116)	2006	MG	221	27.1	32.6	27.1	La participation à une activité de recherche ou à un groupe Balint favorise l'accomplissement personnel.
PACA(117)	2007	MG		23	19.6	10.6	Association burnout avec : 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 judiciaire
Enquête SESMAT(118)	2007/ 2008	Médecins hospitaliers	3196				Souhait de reconversion par 17.4%des médecins avec : des relations interpersonnelle 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
Enquête DRESS(4)	2008	MG	1900				8/10 médecins se déclarent en bonne santé. >1/10 MG 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(119)	2008	IMG	205				Chez les internes de premier semestre, 70% avaient au moins une dimension de burnout 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(120)	2009	IMG	205	16	50	34	45% des internes en médecine générale sont en burnout. La sous dimension dominante est la dépersonnalisation.
Haute-Normandie (121)	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. 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.

Pour résumer :

Les médecins ont des taux de burnout élevés.

Le burnout peut faire le lit d'un véritable épisode dépressif caractérisé.

Il y aurait un taux de burnout plus élevé chez les médecins généralistes, les urgentistes et les psychiatres.

La présence d'un burnout et en particulier un épuisement émotionnel important est corrélé avec la présence d'idéations suicidaires et à un risque accru de passage à l'acte suicidaire.

2.6.1. Les troubles schizophréniques

La schizophrénie touche les personnes quelles que soient leur origine ethnique, leur culture ou leur classe sociale. Elle commence habituellement au début de l'âge adulte (à partir de 20 ans), mais elle peut apparaître à tout moment à compter de la fin de l'adolescence. La schizophrénie touche aussi bien les hommes que les femmes. Les hommes tendent néanmoins à présenter cette pathologie légèrement plus tôt au cours de la vie. Le risque de développer une schizophrénie au cours de la vie est d'environ **1%** pour une personne donnée (122).

En 2004, l'Organisation mondiale de la Santé a estimé que plus de 26 millions de personnes souffraient de schizophrénie, ce qui la place dans les 20 plus importantes causes d'invalidité au monde (123).

Le suicide représente **9 à 13 %** des causes de décès chez les sujets schizophrènes. La majorité des suicides a lieu au cours d'une période de vulnérabilité représentée par les premières années d'évolution de la maladie. Les principaux facteurs de risque sont soit traits-dépendants (homme jeune, caucasien, souffrant d'une forme schizo-affective ou paranoïde d'évolution chronique, présentant des antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires), soit états-dépendants (isolement social, altération globale du fonctionnement, dépression et désespoir, conduites addictives, effets secondaires des neuroleptiques) (124).

Il n'y a actuellement aucune étude qui recense la prévalence des troubles psychotiques schizophréniques ou non chez les médecins.

Le programme d'aide aux médecins malades de Catalogne recense un taux de **4%** de schizophrénies et autres troubles psychotiques associés sur les 1600 médecins souffrant d'une maladie mentale et/ou d'un trouble addictif (77).

Le Dr Gagné dans son étude sur la psychopathologie du suicide des médecins au Québec a comparés les caractéristiques de 36 médecins suicidés à 36 témoins suicidés entre 1992 et 2009 avec un appariement pour le sexe et l'âge. Il retrouve un taux de schizophrénie associée dans **2.8 %** des cas de suicide de médecins alors qu'il est de **8.3%** dans le groupe témoin (5).

Pour résumer :

La schizophrénie est un trouble faiblement représenté dans la population médicale mais à haut risque de passage à l'acte suicidaire.

2.6.2. Les troubles de la personnalité

Cottraux et Blackburn définissent la personnalité comme l'intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions et de cognitions, fondée sur des modes de réactions à l'environnement qui caractérisent chaque individu (125). Il s'agit d'une signature comportementale. Selon le DSM-5, un trouble de la personnalité correspond à une altération du fonctionnement du soi et du fonctionnement interpersonnel et à la présence de traits pathologiques (126). Une étude de l'OMS effectuée sur treize pays qui utilisaient les critères du DSM-IV, a montré, sur les 21 162 personnes étudiées avec un inventaire de personnalité, que **6,1 %** de la population mondiale pourraient présenter un trouble de la personnalité (127).

La personnalité borderline est le trouble de personnalité le plus fréquent (128,129). Il est présent chez **2 à 4 %** de la population générale et correspond à **10%** des consultations psychiatriques, **15 à 20%** des patients hospitalisés en psychiatrie. La prévalence des comportements suicidaires au cours de la vie d'un borderline est de **80%** (130). Leur taux de suicide est **50 fois** celui de la population générale (131). Lorillard dans son étude sur le suicide retrouve que plus de **55%** des sujets hospitalisé pour tentative de suicide présenteraient un trouble borderline comme diagnostic principal et plus d'un tiers des suicidés avait ce trouble (132).

Le programme d'aide aux médecins malade de Catalogne retrouve seulement un taux de trouble de la personnalité de **1%** chez les médecins qu'ils ont pris en charge (77).

Peu d'études se sont intéressées aux troubles de la personnalité chez les médecins selon l'approche catégorielle que l'on retrouve dans le DSM. L'analyse dimensionnelle qui consiste à caractériser la personnalité d'un sujet selon un répertoire de traits de personnalité est l'approche qui a été le plus utilisée dans l'étude de la personnalité des médecins, thème qui sera développé dans un chapitre ultérieur.

Pour résumer :

Le trouble de la personnalité est une pathologie psychiatrique fréquente. La personnalité borderline est la plus fréquemment représentée et celle qui présente un taux de passage à l'acte suicidaire le plus élevé.

2.6.3. Les addictions

Un certain nombre de médecins ou d'autres professionnels de santé sont susceptibles de développer des conduites addictives dont l'objet est de pouvoir surmonter leurs difficultés professionnelles. Même si des facteurs personnels peuvent rendre compte de ces conduites, l'environnement professionnel joue en effet un rôle important. Par ailleurs le milieu de l'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence se caractérise par l'opportunité unique de disposer et d'utiliser des substances psychoactives hautement toxicomanogènes. L'exposition quotidienne aux substances toxicomanogènes fait courir un risque particulier aux professionnels travaillant dans ces milieux et concernés par la toxicomanie et pose des problèmes pour leur réinsertion professionnelle lorsque la toxicomanie est avérée (133–135). La toxicomanie aux drogues illicites est vécue à juste titre comme un problème dramatique, mais son évocation a tendance à masquer le fait qu'elle ne représente qu'une proportion très faible des dépendances chimiques qui incluent, les drogues licites que sont le tabac et l'alcool, mais aussi les antidépresseurs ou les sédatifs.

Une des caractéristiques importantes de la toxicomanie en milieu professionnel, outre son lien avec les conditions de travail, est la bonne insertion sociale des sujets qui en sont affectés (136). Les signes de dépendance peuvent être discrets, et il n'est pas toujours facile de les reconnaître chez un confrère, ce d'autant plus que le milieu professionnel est préservé le plus longtemps possible. En outre, quand un praticien a des doutes sur le comportement d'un confrère, aborder le problème avec ce dernier est très délicat; il est plus facile d'ignorer ou de nier la situation. Et pourtant, les conséquences peuvent être sévères en ce qui concerne tant la qualité des soins aux patients que la santé du praticien, sa vie familiale et toutes les autres prises de risque éventuelles associées (137,138).

Les abus de substances seraient au moins aussi fréquents chez les médecins que chez d'autres professionnels. Les médecins seraient plus particulièrement vulnérables à l'abus de médicaments et à l'automédication. Ceci serait favorisé par une facilité d'accès aux produits mais également par une connaissance et une culture médicale favorisant l'approche pharmacologique dans la gestion du stress au travail (6,42,50).

Les abus de substance chez les médecins concerneraient plus l'alcool et les benzodiazépines. En revanche les médecins consommeraient moins de drogues illicites que les groupes contrôles (139). Simon retrouve des taux d'abus et ou de dépendance à l'alcool et aux drogues chez plus de **50%** des médecins admis en hôpital psychiatrique (140).

Plusieurs enquêtes effectuées dans les pays anglo-saxons ont permis d'apprécier l'importance du phénomène. La littérature anglo-saxonne permet d'estimer que **1 à 3 %** des médecins anesthésistes en exercice seraient concernés par l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives (141–143). Ce chiffre serait plus élevé chez les internes en anesthésie-réanimation pouvant atteindre jusqu'à **5 %**

(133,144,145). L'addiction n'est pas une spécificité des anesthésistes et des urgentistes, mais certaines caractéristiques sont néanmoins plus spécifiques à ce milieu : l'usage des opiacés par voie intraveineuse et des agents anesthésiques en général (57,146,147). Hughes a étudié la consommation, l'abus et la dépendance à l'alcool, le tabac, le cannabis et de cocaïne et de substances soumises à prescription médicale (les opiacées et les benzodiazépines) de 5426 médecins de 12 spécialités différentes. Les urgentistes utilisent plus de toxiques illicites. Les psychiatres consomment plus de benzodiazépines. Les anesthésistes avaient une plus grande consommation d'opiacés. Comparativement les pédiatres ont des taux de consommation de drogues globalement faibles, tout comme les chirurgiens, sauf pour le tabagisme. Les abus et la dépendance à une substance étaient plus élevés pour les psychiatres et les urgentistes, et plus bas pour les chirurgiens (146). Si les milieux de l'anesthésie-réanimation et de la médecine d'urgence ont un taux de toxicomanie relativement comparable aux autres spécialités, les conséquences ne sont pas comparables, car le taux de suicide est deux fois plus important au cours de la vie professionnelle chez les anesthésistes qu'il ne l'est chez les internistes nord-américains par exemple (57).

Le programme d'aide aux médecins malades de Catalogne retrouve **17%** d'abus d'alcool ou autre substance comme diagnostic et motif de prise en charge(77).

Dans l'étude de Bénédicte Barbarin sur le burnout des internes de médecine générale de Nantes, **10.5%** des internes gèrent le stress professionnel en consommant de l'alcool, du cannabis ou des psychotropes (119).

On considère comme buveurs excessifs, les hommes consommant plus de trois verres d'alcool tous les jours et les femmes consommant plus de deux verres d'alcool tous les jours. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) retrouve **6 à 11%** de consommation d'alcool à risque ponctuel ou chronique (4). Gillard dans sa thèse sur la santé des médecins généralistes en 2006 retrouve **6%** de médecins ayant une consommation excessive d'alcool. La proportion de buveurs excessifs paraît donc similaire à celle de la population générale. Le médecin, de ce point de vue, serait un patient comme les autres (148).

Vincent décrit que la dépendance aux toxiques peut apparaître quand le médecin tente de diminuer sa consommation d'alcool et de la remplacer par des tranquillisants mineurs ou sédatifs. Au début de la consommation de narcotiques, d'anxiolytiques et de sédatifs le médecin se persuade qu'il en connaît assez au sujet des toxiques (149).

Les données de la littérature mettent en évidence une forte corrélation entre les addictions et le suicide dans la population générale (34). Cette corrélation est également présente chez les médecins suicidés. D'après Goldsmith plus de **90 %** des personnes qui se suicident avaient un trouble de l'humeur et/ ou une addiction à l'alcool. Le risque est majoré quand l'association des deux est présente

(150). Cavanagh retrouve que dans **38%** des cas l'association trouble mental et abus ou dépendance de substance précédait le suicide du médecin contre **6%** dans le groupe contrôle (80).

Gold en 2013 a étudié 203 suicides de médecins sur 31636 victimes de suicide aux Etats-Unis. Il retrouve des taux plus faibles d'abus ou de dépendance à l'alcool par rapport au groupe contrôle (**14%** vs **23%**; $p=0.0004$), mais les médecins avaient des taux sanguins plus élevés d'antipsychotiques, de benzodiazépines ou de barbituriques dans les analyses par rapport au groupe contrôle. Par contre il n'y avait pas de différence significative pour le dosage des antidépresseurs, des opiacés, amphétamines ou cocaïne. (151).

L'American medical association (AMA) en 1986 retrouve **qu'un tiers** des médecins suicidés étaient soupçonnés d'avoir un problème d'addiction contre **14%** dans le groupe contrôle (55). Bressler retrouve **20 à 30 %** d'addiction aux toxiques et **40%** d'addiction à l'alcool chez les médecins suicidés (152).

Pour résumer :

Les abus de substances seraient au moins aussi fréquents chez les médecins que dans les autres catégories socio-professionnelles.

Les médecins seraient plus particulièrement vulnérables face à l'abus de médicaments et à l'automédication. L'alcool est une addiction aussi fréquente chez les médecins que dans la population générale. Certains produits sont plus fréquemment consommés selon les spécialités, une prévention plus sélective peut être proposée.

Plus de 90 % des personnes qui se suicident avaient un trouble de l'humeur et/ ou une addiction à l'alcool. Le risque est majoré quand l'association des deux est présente.



















2.6.4. Le workaholisme

Le terme Workaholisme a été créé par Wayne Oates, psychologue Américaine en 1968. Ce néologisme provient des mots work (travail) et alcoholism (alcoolisme). Oates compare ainsi le rapport pathologique entre une personne et son travail à l'alcoolodépendance (153). Oates définit le « workaholic » tout sujet dont le besoin de travailler est devenu si fort qu'il pourrait constituer un danger pour leur santé, pour leur bien-être personnel, ainsi que pour les relations interpersonnelles (154). Le workaholisme est une addiction comportementale que l'on peut définir comme un processus interactionnel entre un individu et un objet externe ou une activité banale entraînant une dépendance essentiellement psychologique (effet plaisant procuré ou fonction qu'elle remplit), une répétition de la

conduite de manière compulsive, une centration et un besoin et enfin une impossibilité de contrôle et une poursuite en dépit de la connaissance des conséquences négatives (155).

Cherrington décrit le workaholisme comme une tendance irrationnelle et compulsive à travailler (156). D'après l'article de Spence et Robbins de 1992, le caractère pathologique du workaholisme repose sur le fait que l'individu ressent une pression interne l'obligeant à travailler. Il existe alors un mal-être intérieur et une culpabilité lors des périodes d'inactivités (154). Les auteurs ont créé le modèle de la triade du workaholisme regroupant 3 critères : l'implication dans le travail, la contrainte de travailler, et la satisfaction au travail. Ainsi ils en dégagent 6 groupes de travailleurs : les workaholiques, les travailleurs enthousiastes, les workaholiques enthousiastes, les travailleurs non impliqués, les travailleurs sereins et les travailleurs désabusés. (Tableau 13)

Tableau 13 : la triade du workaholisme d'après Spence et Robbins (154)

Le type de travailleur	Contrainte	Satisfaction au travail	L'implication au travail
Workaholique			
Travailleur enthousiaste			
Workaholique enthousiaste			
Travailleur non impliqué			
Travailleur serein			
Travailleur désabusé			

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

- une dépendance qui est incontrôlable.

- une fuite des problèmes personnels ou d'une situation de stress.
- un besoin profond et intense de contrôle sur sa vie.
- une nature excessivement compétitive, souvent 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.

Cette pathologie, sans doute sous-évaluée, touche préférentiellement les classes moyennes et supérieures dans les deux sexes et essentiellement les médecins, avocats, juristes, soignants, cadres et gestionnaires (157). Un «Workaholique» vit dans un état de stress chronique qui peut mener à des pathologies aussi bien somatiques (céphalées, hypertension artérielle, troubles coronariens, lombalgies, troubles du sommeil, ulcères gastrique et intestinal) que psychiatrique telles que l'anxiété, l'irritabilité, la dépression, le burnout ainsi qu'une addiction au tabac, à l'alcool et à certains médicaments.

Schaufeli et al en 2009 a étudié le workaholisme chez 2115 médecins danois et concluent que le workaholisme est un facteur important de burnout indépendamment de la spécialité exercée (158).

Rezvani a réalisé une enquête évaluant les caractéristiques de l'addiction au travail chez le personnel médical d'un hôpital français. Tous les médecins ont été invités à répondre à 2 questionnaires : le test d'addiction au travail Work Addiction Risk Test (WART) (annexe 3) et le test de Karasek (Job Content Questionnaire JCQ) pour évaluer les contraintes psychosociales du travail. 44 médecins ont répondu aux questionnaires (soit un peu moins de la moitié de l'effectif médical de l'hôpital). **13%** ont été considérés comme très dépendant au travail, et **35%** ont été jugés modérément dépendant au travail. Les professeurs ont la moyenne du score WART la plus élevée, mais ni l'âge ni le sexe n'ont été associés au score de WART. Le coefficient de corrélation le plus élevé était obtenu entre le score de WART et le score des exigences professionnelles, ce qui indique que les workaholiques connaissent les niveaux d'exigence les plus élevées. Cette étude souligne l'importance des contraintes et la charge de travail qui sont conformes aux facteurs individuels de vulnérabilité (159).

Il n'y a actuellement aucune étude qui évalue le lien entre l'addiction au travail et le suicide des médecins.

3. ETIOPATHOGENIE DU RISQUE SUICIDAIRE DES MEDECINS

Plusieurs hypothèses ont été formulées pour tenter d'expliquer les taux de suicide plus élevés chez les médecins :

-L'hypothèse environnementale qui part du principe que la société et le médecin partagent certains idéaux concernant le rôle du médecin. Les obligations du médecin ne consistent pas seulement à soulager le malade en utilisant tout son savoir médical, mais aussi à fonctionner à un niveau de compétence maximale à tout moment. Le médecin doit ainsi travailler dur, le plus souvent aux dépens de ses loisirs, ce qui pourrait contribuer à l'émergence de troubles psychiatriques.

-L'hypothèse de la vulnérabilité de certaines personnes avant même de s'orienter vers le métier de médecin : certains profils de personnalité, plutôt de type obsessionnel seraient attirés vers la médecine et seraient acceptés en plus grand nombre dans les facultés.

Ces hypothèses opposent la personnalité à l'environnement, l'hérédité aux circonstances extérieures. Comme souvent, ces deux hypothèses ne sont pas mutuellement exclusives et il est envisageable que des facteurs stressants intrinsèques au métier de médecin puissent précipiter l'émergence de pathologies psychiatriques chez ceux qui y seraient prédisposés (160,161).

3.1. Les facteurs liées à la formation médicale

Erickson décrit le début de l'âge adulte comme le moment de renforcement de son identité, d'ores et déjà constituée durant l'adolescence. Cette identité inclue de se différencier, de ses parents, et des autres individus. Les jeunes adultes comme les étudiants en médecine doivent poursuivre leur objectif professionnel tout en créant un réseau socio-familial de qualité. La faculté de médecine est un environnement anxigène. La quantité inimaginable de savoir à mémoriser ainsi que la compétition du concours de l'internat laissent peu de temps et de place à l'établissement et à l'entretien des relations interpersonnelles.

Le parcours pour devenir médecin est long et compliqué pouvant entraîner des décompensations psychiques. Les premières décompensations peuvent se produire lors du concours de première année de médecine, dans une compétition essentiellement basée sur des matières scientifiques, avec un stress majeur car après 2 échecs l'étudiant devra faire le deuil de ce métier tant espéré. Une fois le concours obtenu, les études restent longues, difficiles et compétitives. Shaw dans une étude sur les problèmes des étudiants en médecine, présente un tableau sur les principales sources de stress retrouvées pendant les 6 premières années dites scientifiques avant l'internat (cf. tableau 14).

Tableau 14 : Principales sources de stress des étudiants en médecine avant l'internat d'après Shaw

Le manque de temps
La compétition et le classement au sein de la promotion
Le concours national d'internat
Les problèmes financiers
Les difficultés de mémorisation
Le manque de temps pour les loisirs et le sport
Le manque de temps pour les relations intimes et sociales
Solitude
La peur d'échouer
La dépendance financière de ses parents

Cela peut être très difficile pour certains étudiants d'accepter l'écart entre le métier fantasmé, la dureté des études et la réalité du métier. Certains étudiants investiront l'aspect technique, scientifique du métier au détriment de la relation avec le patient. Ceci pourra également s'aggraver par des difficultés de communication avec ses confrères, et avec ses patients. Ils se verront pour certains dans une quasi-incapacité à exercer ce métier qu'ils ont mis tant d'années à apprendre, sans qu'aucun entretien psychologique n'ait été réalisé. La seule visite médicale obligatoire d'un étudiant en médecine au cours de ses études se situe au moment où il intègre l'hôpital en tant qu'interne, comme le rapporte l'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... ».

L'internat est une période charnière dans la vie d'un futur médecin. Cette étape est décrite avec réalisme par Thomas Lilti dans le film Hippocrate sortie en 2014 relatant le premier stage d'un jeune interne se confrontant brutalement à ses limites, à ses peurs, celles de ses patients, des familles, des médecins, et du personnel (162). Il s'agit pour lui de la première véritable confrontation à sa vision du métier de médecin. Le choc ressenti par les internes qui auraient choisi une spécialité par défaut, en raison de leur classement, peut être d'autant plus violent. L'interne doit trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle, formation et repos, les relations avec ses pairs, la hiérarchie,

les personnels paramédicaux. Certains choisissent de changer de région, mais d'autres y sont contraints par leur classement, ce qui a parfois des conséquences importantes sur leur vie personnelle: couples séparés, perte du soutien de la famille et du réseau amical antérieur, difficultés financières. Tous ces éléments font de l'internat une période critique. Parallèlement, les internes vont mettre en place leur fonctionnement professionnel, leurs relations avec leurs patients et collègues, et des stratégies d'adaptation face aux différents stress qu'ils vont rencontrer. C'est pendant l'internat que se construit le médecin de demain (138). Shaw présente un tableau dans son étude sur les principales sources de stress durant l'internat (cf. tableau 15).

Tableau 15 : principales sources de stress durant l'internat d'après Shaw

Les conflits avec la faculté, l'administration, le personnel paramédical ou les collègues internes

La peur des responsabilités croissantes et des mauvaises décisions

La mort des patients

Traiter les patients avec des maladies chroniques ou terminales

L'inconfort dans les annonces de diagnostics ou pronostics difficiles

Le stress des examens, mémoires...

La solitude et la perte de contact fréquente avec des amis ou autre fréquentations

Le processus de formation médicale pourrait-il faire le lit d'un style de vie malsain ? Durant leur formation, les médecins sont poussés à supporter la privation de sommeil, entraînant à la fois des troubles cognitifs et de la fragilité émotionnelle. Les médecins apprennent à mettre à distance leurs émotions par rapport aux patients, en travaillant de plus en plus sans se plaindre. La culture médicale promeut l'engagement, le perfectionnisme et les «workaholics normes » empreint d'une vision sacerdotale du métier. Les futurs médecins sont encouragés à se négliger et à nier leurs propres besoins. Le processus de formation médicale peut favoriser le développement de mécanismes de défense qui font qu'il est difficile de demander de l'aide (50,71).

Dans une étude longitudinale réalisée à l'échelle nationale en 2004 en Norvège, Tyssen a évalué la prévalence de problèmes de santé mentale auto-rapportés par les jeunes médecins (n= 631) ainsi que la recherche d'aide qu'ils effectuent. Au départ, la prévalence de problèmes de santé mentale a d'abord été mesurée à la fin de leur dernière année d'externat. Par la suite, d'autres mesures ont permis de constater que cette prévalence a augmenté de **11%** après leur première année de pratique et de **17%** après leur quatrième année de pratique, alors que la recherche d'aide n'a pas augmenté. Sur 3,6 ans, **34 %** ont rapporté avoir besoin de traitement à une ou plusieurs occasions. Ainsi, environ un

tiers de la cohorte des étudiants en médecine et des jeunes médecins ont rapporté avoir des problèmes de santé mentale qui nécessitaient des traitements. Les deux tiers de ces personnes ont alors demandé de l'aide. Ces demandes augmentent de la première année d'internat jusqu'à la quatrième année d'étude. Finalement, les données révèlent que plus les symptômes et les problèmes rencontrés sont importants aux dires des sujets, moins ces derniers ont tendance à demander de l'aide (163,164).

Les internes répondent aux contraintes de la formation de multiples façons. Certains souffriront de dépression ou de problème d'addiction, quand d'autres peuvent ne pas avoir de maladie psychiatrique manifeste, mais afficher d'autres signes de troubles psychologiques (165). Kirsling et Kochar ont examiné de nombreux problèmes que les internes présentent durant leur formation, y compris l'expérience presque universelle de trouble de la mémoire épisodique, la colère chronique, le cynisme, et les difficultés familiales (166).

Dans la majorité des cas, le médecin ignorera ses difficultés d'adaptation avec les patients et/ou ses pairs. La solution choisie lorsque les difficultés seront de plus en plus grandes sera l'auto-prescription d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, de somnifères ou l'utilisation de produits dopants (corticoïde, alcool, drogue) (83).

A l'hôpital universitaire, le travail médecin-malade est intriqué avec un projet de carrière. C'est pourquoi le climat est souvent extrêmement compétitif et demande un haut degré d'engagement (167). La présence d'un climat de compétition au travail peut à son tour compliquer les relations entre les étudiants, et entraîner un harcèlement (168,169). Février 2016, un interne en chirurgie de 27 ans, brillant s'est suicidé en se jetant du haut d'une falaise, dans les environs de Marseille où il vivait et travaillait. Il venait de débiter parallèlement un master 2, comme cela est recommandé aux étudiants qui souhaitent mener une carrière hospitalo-universitaire.

Une grande valeur mise en avant durant les années de formation est l'abnégation. Ainsi les médecins deviennent maîtres dans la gratification différée. De nombreux étudiants en médecine et internes passent des années à faire face à la quantité de travail nécessaire, dans l'espoir que plus tard, ils seront récompensés par une vie heureuse, plus équilibrée. Cependant, les stratégies d'adaptation développées pendant la formation ne disparaissent pas automatiquement une fois la thèse passée. Les stratégies de coping centrées uniquement sur les objectifs peuvent conduire à négliger d'autres sources de gratification. Certains médecins peuvent avoir des difficultés à trouver un équilibre significatif entre le travail et les autres activités de la vie.

3.2. Les facteurs liées à la profession

Pour Linhart & Hélarlot (2010), la pénibilité au travail peut se comprendre comme « l'opérateur intermédiaire entre l'expérience du travail et la santé ». Ces auteurs décrivent ainsi quatre dimensions de la pénibilité au travail (170) :

- La première dimension définit la pénibilité comme « l'exposition à des nuisances physico-chimiques », ce qui rejoint la conception classique des risques d'accidents physiques liés au travail.

- La deuxième dimension se rapporte à la « nature des activités elles-mêmes et à leurs modes d'accomplissement », et aux diverses pathologies physiques examinées sous l'angle des gestes, postures et mouvements présents dans l'exécution du travail.

- La troisième dimension correspond aux approches centrées sur le stress au travail ainsi qu'à son implication sur la santé physique et mentale des travailleurs.

- la quatrième dimension présente la pénibilité au travail comme « une caractéristique des expériences du travail marquées par l'insatisfaction, la souffrance, le sentiment de dévalorisation et les atteintes à l'estime de soi » (164).

Qu'en est-il donc de la pénibilité dans l'exercice de la profession de médecin ?

3.2.1. Les contraintes du métier de médecin

Les exigences émotionnelles de travail avec les patients peuvent être un facteur de stress majeur (171). Par exemple, les médecins sont régulièrement confrontés à de mauvaises nouvelles et à leur annonce. Le domaine de la médecine apporte avec elle des contraintes uniques, y compris face à des émotions intenses autour des questions de la souffrance, la peur, la sexualité, la mort. Les patients atteints peuvent être exigeants, et l'incertitude omniprésente en raison des limites de la connaissance médicale (71,172,173).

Firth-Cozens (1997) modélise cela en suggérant que le travail du médecin est émotionnellement difficile ce qui peut conduire au doute et à l'autocritique, ce qui peut augmenter le stress et conduire à la dépression, et au pire au suicide (174).

L'aspect sociétal est également important. Les médecins jouent un rôle particulier au sein de notre société dans laquelle ils portent aussi des responsabilités graves et parfois lourdes à porter. Les médecins devraient être disponibles à chaque fois qu'une crise survient ou un besoin médical se pose. Ils sont censés avoir une expertise sans faille, être compatissant et concerné, fournir des soins universellement réussis et cela ... d'une manière rentable ! Ces attentes idéalisées émanent des

patients, des familles, de la société (y compris les payeurs et les organismes de réglementation et d'accréditation), et à l'intérieur de la profession de la médecine elle-même. Les étudiants en médecine internalisent ces attentes en tant que futur professionnel. Ces attentes deviennent une partie de la façon dont les médecins se définissent. Aucun médecin ne peut répondre à ces attentes idéalisées. Chacun lutte avec ces attentes, la plupart trouvant des façons de composer avec succès avec elles. Cependant certains peuvent développer des problèmes émotionnels graves. Le rôle de médecin peut effectivement devenir une barrière, empêchant ceux qui ont en besoin d'obtenir de l'aide. Les problèmes personnels peuvent ne pas être acceptés, comme c'est le cas dans leur exercice. Cela peut favoriser le déni de la vulnérabilité personnelle (71). *La Maladie de Sachs, est un* ouvrage de Martin Winckler qui décrit l'histoire d'un médecin de province, dévoué à son métier et à ses patients : « Sur des feuilles et des cahiers, Bruno Sachs déverse le trop plaint de ceux qu'il soigne » (175).

Les principaux facteurs de souffrance au travail décrit dans les études sont : la quantité et la lourdeur du travail, les risques d'erreurs et de poursuites judiciaires qui deviennent difficilement supportables. Cathébras a réalisé un tableau relevant par ordre de fréquence les causes auto-rapportées par les médecins d'épuisement professionnel (cf. tableau 16).

Tableau 16 : Causes de l'épuisement professionnel perçues par 306 médecins généralistes d'après l'étude de Cathébras (110)

Causes perçues	Fréquence (%)
Exigences des patients	39,2
Surcharge administrative, "paperasserie"	28,4
Charge de travail excessive	25,8
Nombre d'heures de travail excessif	23,2
Manque de temps libre	18,0
Conflits avec la Caisse primaire d'assurance maladie	17,6
Manque de reconnaissance de la profession	16,7
Responsabilité professionnelle, peur de l'erreur médicale	13,4
Nécessité de multiplier les actes pour atteindre un revenu acceptable	10,5
Isolement professionnel	10,1
Charges financières professionnelles et de gestion du cabinet	9,5
Gardes	9,1
Formation médicale continue	8,2
Disponibilité quasi permanente	7,2
Difficultés à trouver des remplaçants	7,2
Manque de formation pour les problèmes psychosociaux	6,9
Agressivité des patients	4,6
Téléphone	4,2
Pressions du gouvernement	3,6
Surcharge émotionnelle	3,3

A partir de ce travail il est possible d'individualiser cinq grands groupes de contraintes s'exerçant sur le praticien :

Les contraintes institutionnelles

Selon de Bonnières, Estryn-Behar & Laussaunière, la pénibilité du travail des médecins provient principalement du manque de moyens mis à leur disposition afin d'exercer leur pratique. Que ce soit par le manque de temps ou par le manque d'espace, ils arrivent difficilement à pouvoir faire leur travail d'une façon qu'ils considèrent adéquate. Les restrictions budgétaires et les contraintes économiques feraient tendre le système vers la quantité plutôt que vers la qualité (176).

Un mauvais système de travail, un manque d'attention de la direction d'établissement et un manque d'encadrement ou de formation apparaissent comme les causes principales de stress (177).

L'enquête du conseil de l'ordre des médecins de 2015 retrouve que 3/4 des médecins répondants (**74%**) soutiennent que les relations avec les pouvoirs publics sont insatisfaisantes (dont pour presque la moitié «Très insatisfaisante») **et 55%** sont insatisfaits de leur relation avec l'agence régionale de santé (ARS). **55%** des médecins se disent insatisfaits de leur relation avec l'Assurance Maladie (178). Ceci est confirmé dernièrement par des grèves grandement suivies, évènements assez rares dans le milieu des médecins (179). Le Dr Gasc, médecin généraliste retraité marseillais a d'ailleurs écrit une « lettre ouverte » au gouvernement après le suicide de son jeune associé de 42 ans, lettre parue dans le quotidien du médecin sous le titre « écoutez les hurlements des médecins en souffrance » (180) (annexe 4).

La charge de travail et perspective de carrière

Plusieurs enquêtes ont mis en évidence une surcharge de travail chez les médecins. La lourde charge de travail, les urgences qui se surajoutent à un planning déjà compliqué et la privation de sommeil associée peuvent être des facteurs de risque de détresse psychologique, de burnout voire de suicide chez le médecin (181–186).

La charge de travail figure parmi les facteurs pouvant induire du burnout (110) (cf. tableau 16). On distingue la charge quantitative de travail (somme de travail à effectuer, cadre temporel de réalisation des différentes tâches) et la charge qualitative, associée au fait que les individus estiment ne pas avoir les capacités pour réaliser de façon satisfaisante les tâches qui leurs sont confiées, élément bien plus subjectif que la quantité de travail.

Bertrand en 2000 a cherché à savoir si les difficultés liées à la charge de travail du médecin étaient liées à un problème quantitatif ou qualitatif. D'Avril à Juin 1998, huit médecins travaillant dans

cinq départements d'urgence du sud-est de la France ont répondu à un auto-questionnaire sur leur activité journalière. La charge de travail, la durée et la nature des pauses nécessaires et injustifiées étaient enregistrées. Pendant les 631 heures d'activité, ces huit médecins ont vu 3961 patients soit deux patients par heure et par senior. Le temps de travail clinique était de **70%**, pour le travail administratif de **6,5%**, pour les pauses programmées de **16,7%**, et pour les pauses inattendues **6,2%**. Les pauses inattendues étaient justifiées dans **66%** et injustifiée dans **34%**, et se sont produites toutes les 132 minutes. Elles étaient liées soit à la demande d'un interne (20,8%), une secrétaire (14,7%), un autre patient (13%), une infirmière (12,1%), des représentants commerciaux (12,3%), et d'autres personnes (21%). Les chefs de service avaient une charge administrative plus lourde, et ont été plus fréquemment interrompus que les autres médecins. L'étude a permis d'identifier la surcharge quantitative et qualitative de travail (177).

Selon l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (2010), qui représente 25 000 médecins libéraux de l'Île-de-France : **8** médecins **sur 10** ont le sentiment de devoir souvent ou toujours se dépêcher et moins d'**un** médecin **sur 2** considère qu'il dispose d'un temps suffisant pour effectuer correctement son travail » (187) .

L'appel des internes et des confrères, de même que les interruptions par les appels téléphoniques extérieurs (familles de patients, personnels soignants du service, etc.), figurent parmi les plus perturbateurs et consommateurs de temps car ils impliquent des moments d'arrêts de travail importants (177).

Le Dr Léopold va plus loin en considérant que la surcharge de travail se trouverait au premier plan des facteurs de risque du suicide des médecins (62).

Une autre étude réalisée au Minnesota par Losek (1994) auprès de 37 unités de médecine d'urgence pédiatrique avait pour but de vérifier les caractéristiques du travail, la charge de travail et la satisfaction au travail des médecins qui œuvrent dans ces unités. La méthode utilisée fut l'envoi d'un test auto-administré de sept pages. Dans presque la moitié des unités d'urgence pédiatriques (46 %), la charge de travail clinique était considérée comme excessive. Seuls **22 %** des médecins consultés pensaient pouvoir encore travailler dans ces unités après l'âge de 50 ans, principalement en raison des horaires de travail, dont l'obligation du travail de nuit (188).

En 2002 l'union régionale des médecins libéraux de Poitou-Charentes a réalisé une étude sur l'épuisement professionnel des médecins avec l'analyse qualitative de 21 médecins généralistes. Les résultats démontrent que ce n'est pas tant la charge de travail quantitative qui explique les difficultés des médecins mais bien le contenu et la qualité du travail. Il apparaît que les problèmes des médecins découlent davantage des difficultés à effectuer ce qui leur semble un travail de qualité. Certains choisissent d'orienter leur pratique en visant une quantité de consultations effectuées alors que d'autres optent pour l'écoute du patient (ce qui a une incidence sur le nombre de consultations et donc

forcément sur la rémunération). Entre ces deux positions se retrouve tout un éventail de compromis. La bataille constante d'ajustements entre objectifs et ressources qui en découle peut alors les mener à un sentiment d'échec (28,164).

D'après l'étude Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne de 2003, 8 médecins sur 10 ont le sentiment de devoir souvent ou toujours se dépêcher et moins de la moitié ont le sentiment d'avoir le temps de faire correctement son métier. **91 %** des médecins déclarent devoir fréquemment interrompre leur consultation pour une tâche non prévue comme répondre au téléphone ou à une 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 peuvent choisir le moment de cette pause. **75%** reconnaissent emporter du travail à la maison, et **94%** déclarent travailler certains jours ou semaines plus tard que prévu, et dans **80%** pour faire face à la gestion de situations complexes (189).

Cathébras en 2004 a évalué le degré d'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux du département de la Loire. Les médecins déclaraient travailler **52,2** ($\pm 10,8$) heures par semaine en moyenne (extrêmes : 13-100) et réaliser en moyenne 23 ($\pm 7,8$) actes par jour (extrêmes : 6-70 actes). Vingt-huit médecins (9 %) rencontraient plus de 30 patients chaque jour. Environ un tiers (32 %) des médecins répondants avait une activité salariée annexe à leur activité libérale. Ils déclaraient effectuer en moyenne **30,1** ($\pm 43,3$) heures de garde par mois (extrêmes : 0-276 heures de gardes). Les principales causes d'épuisement professionnel citées par les médecins étaient liées aux exigences des patients, aux relations avec l'administration et les organismes de protection sociale, à la charge de travail, et aux contraintes financières (cf. tableau 14). Un niveau élevé d'épuisement émotionnel était significativement associé au sexe féminin, à une charge de travail importante évaluée par le nombre d'actes quotidiens ou par le nombre d'heures de travail hebdomadaire, au désir de reconversion, à la consommation d'alcool et de psychotropes et aux idéations suicidaires (110).

L'enquête sur la souffrance des médecins du Limousin de 2015 montre un nombre de **54 h** de travail hebdomadaire chez les médecins libéraux et de **50h** chez les médecins salariés, dont 5h hors soins chez les libéraux et 10 h chez les salariés. **68%** des libéraux et **71%** des salariés participent à une permanence ou continuité des soins, et plusieurs fois par mois pour près de 6/10 d'entre eux. La charge de travail est en augmentation pour les deux tiers des médecins, avec une augmentation subie pour **55%** des libéraux. **47%** des libéraux souhaiteraient travailler moins, et **56%** des salariés trouvent leur charge de travail trop lourde. **1/3** des médecins libéraux pourraient être tentés par le salariat, **1/4** des salariés exprime le souhait de changer d'activité (40).

Les principaux éléments reconnus comme prédictors de l'épuisement émotionnel sont les doutes des médecins quant à leur choix de carrière, un délaissement de leurs activités et la perception d'avoir un contrôle limité sur les services médicaux offerts aux patients. Ces éléments se traduisent par le sentiment qu'ils ont peu de choses à offrir aux patients en termes de soin (190).

Le 17 décembre 2015, le conseil national de l'ordre des médecins présente les résultats d'une enquête sans précédent qui a permis de recueillir les témoignages, perceptions et attentes de près de 35000 médecins. Ils ont réalisé une consultation en ligne ouverte à tous les médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins, du 12 octobre au 22 novembre 2015 sur le site lagrandeconsultation.medecin.fr. Environ 35000 médecins ont participé, 25 640 médecins en activité, 1 824 retraités actifs, 2 593 retraités non exerçants. L'échantillon était de taille conséquente, avec une structure est proche de celle de la population-cible des médecins en France (activité, spécialisation, mode et région d'exercice). L'enquête retrouve une satisfaction globale de la situation professionnelle pour 61% des médecins en activité et retraités actifs mais sans enthousiasme (6% de «très satisfaits»). Ils décrivent des inquiétudes par rapport aux perspectives d'évolution de carrière (46% d'insatisfaits), à la charge de travail (57%) et par rapport au niveau de rémunération (57%). (178). La réalisation de cette étude récente de grande ampleur, est la preuve, que la souffrance des médecins devient de moins en moins tabou, et facilitera les soins des médecins épuisés. Elle permet de mieux cerner les facteurs de risque de burnout, voire de suicide chez les médecins. La volonté d'améliorer les conditions de travail des médecins est présentée comme une priorité par le conseil national de l'ordre des médecins, à condition que des moyens suffisants leur soient alloués.

Pour résumer :

-La charge de travail hebdomadaire est de 53 heures en moyenne, plus de la moitié des médecins trouve leur charge de travail trop lourde, avec pour les deux tiers une charge de travail en augmentation (40, 108, 176, 186).

-Une forte participation aux permanences de soins : 70% des médecins participent à une permanence de soins, avec une moyenne de 30 h par mois (40,108).

-8 médecins sur 10 ont le sentiment de devoir souvent voire toujours se dépêcher (185,187).

-1 médecin sur 2 a le sentiment de ne pas faire correctement son travail (185,162, 187)

- 9 médecins sur 10 sont interrompus pour des tâches non prévues, cela représente 6.1% de leur temps (175, 187).

-La charge excessive de travail est associée avec un niveau élevé d'épuisement émotionnel et serait d'après le Dr Léopold le premier facteur de risque de suicide chez les médecins (62, 188).

Une des difficultés de la médecine moderne occidentale est la réduction significative de l'autonomie du médecin alors que ses responsabilités ne font qu'augmenter, avec un contrôle de plus en plus puissant des institutions. Il y a de plus en plus de protocoles, de règles de bonnes pratiques, de certification et d'accréditation, que de nombreux médecins voient comme l'érosion de leur autonomie professionnelle. Bien qu'il existe des avantages à ces changements, garder le contrôle sur son travail est important pour être satisfait au travail (191,192).

Dans l'enquête réalisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de l'Île-de-France (URML), les principales causes de burnout évoquées par les médecins sont ainsi: l'excès de paperasserie (pour **62,6 %** d'entre eux) et l'augmentation des contraintes collectives (pour **47,3 %**) (187).

Plusieurs enquêtes confirment que la charge administrative contribuerait grandement à la pénibilité du travail et se révélerait une source de stress constante (62,176,183,187).

L'enquête du conseil de l'ordre des médecins de 2015 retrouve d'ailleurs que **97%** de médecins d'accord avec l'intitulé « le médecin subit trop de contraintes réglementaires, économiques, administratives» (178).

Également, le Dr Léopold retrouve dans ses travaux que les contentieux administratifs, judiciaires ou ordinaux (subis ou provoqués) sont des marqueurs significatifs du risque de suicide chez les médecins (33,62).

Les contraintes judiciaires

La médecine est devenue réglementée, avec une administration de plus en plus présente dans le but de détecter les erreurs médicales, les défaillances des médecins. Les plaintes médicales sont en hausse. Sham le premier assureur en responsabilité civile médicale de France a réalisé un panorama du risque en 2015. A partir des données recueillies auprès de 10 000 de ses sociétaires, l'assureur est en mesure d'annoncer que tous les types de réclamation augmentent : la fréquence des réclamations a doublé en 16 ans, et a pris plus de **5%** entre 2013 et 2014. Sur la nature des réclamations, l'essentiel du coût des sinistres de responsabilité civile des établissements de soins concerne les préjudices corporels (**98,1%**). Par ailleurs, les actes de soins médicaux et paramédicaux concentrent l'essentiel des réclamations, l'infection et le diagnostic arrivent après. Pour les professionnels, c'est la chirurgie qui est la spécialité la plus mise en cause (**65%** des cas de réclamations) avec en tête les chirurgiens exerçant dans l'orthopédie, l'obstétrique reste elle la plus coûteuse. On note que le nombre de plaintes liées à un retard ou une erreur de diagnostic a augmenté de plus **8,5%** en un an. Dominique Godet, directeur général de Sham, explique que cette recrudescence est le signe d'une « plus grande exigence des malades envers les établissements de santé » (193).

Une grande partie de la médecine est maintenant pratiquée dans une atmosphère défensive où les décisions sont prises plus pour protéger le personnel médical en cas d'enquête, chaque action doit être fidèlement retranscrite dans le dossier médical. Le stress de la réception d'une plainte est bien connu. La plupart des médecins auront une plainte à leur sujet au cours de leur vie professionnelle, car même les cliniciens les plus pointilleux et compétents font des erreurs (171).

L'enquête du conseil de l'ordre des médecins de 2015 retrouve **88%** de médecins d'accord avec l'intitulé « le risque médico-légal pèse sur les médecins » (178).

Les médecins craignent ainsi de plus en plus des mesures judiciaires (36,108,110,184). Le risque de procès par erreur médicale est craint par les **2/3** des médecins libéraux franciliens sondés dans l'enquête de 2002 (30).

Ceci est confirmé par les résultats de l'enquête « Santé et satisfaction des médecin au travail » (SESMAT) , où **58%** des médecins salariés déclarent être souvent ou toujours « préoccupés par la crainte de faire des erreurs » (118).

L'interférence de la vie professionnelle sur la vie privée

Depuis une cinquantaine d'années, la profession médicale se transforme : d'un modèle traditionnel basé sur une disponibilité permanente, on assiste aujourd'hui à l'arrivée de jeunes générations qui souhaitent ne pas oublier leur vie familiale et personnelle (49).

Camille Houibert a réalisé une thèse en 2013 sur les conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes installées en Midi-Pyrénées. Les femmes généralistes ne reproduisent plus le modèle du médecin de famille toujours disponible et constamment de garde. Elles s'organisent pour atteindre un équilibre entre vie privée et vie professionnelle, et garantir leur qualité de vie. Cela ne signifie pas travailler moins, mais travailler mieux. Le temps consacré au travail doit être efficace, et ne doit pas empiéter sur le temps personnel. Déléguer ce qui est possible, s'organiser avec les confrères, éduquer les patients, diversifier son activité, se former et garder du temps pour soi et sa famille. Dans la sphère privée, des choix sont faits pour libérer du temps: aide-ménagère, garde d'enfants à domicile. Elles choisissent un milieu d'exercice plutôt semi-rural, ce qui leur permet de garder les avantages de la ville (que ce soit sur le plan médical mais également pour l'emploi du conjoint) tout en profitant d'un cadre de vie plus agréable. Et elles sont satisfaites de l'équilibre ainsi trouvé. Ce constat est particulièrement visible chez les jeunes générations de femmes médecins (49).

De nombreux hommes médecins généralistes ont aussi modifié leurs pratiques, même si la finalité n'est pas la même: le «bonus temporel» libéré est plutôt consacré au repos et aux loisirs. Chez les femmes, il ressort de cette étude que ce temps «libre» est plutôt consacré à la gestion de la sphère

domestique et familiale (194). Les femmes médecins se libéraient moins de temps personnel et de repos, ce qui pourrait expliquer leur taux élevé de souffrance psychique.

L'enquête du conseil de l'ordre des médecins de 2015 retrouve **47%** de médecins qui présentent des difficultés dans l'équilibre vie privée / vie professionnelle. Il est décrit également un malaise sur l'équilibre entre les attentes et le quotidien professionnel: la correspondance entre les activités quotidiennes et les attentes obtient une note de **6,3/10** (avec **30%** de notes entre 0 et 5) (178).

3.2.2. Les difficultés liées à la relation médecin-malade

Il existe de nombreux facteurs de stress liés à la relation médecin-malade. Le patient peut avoir des attentes élevées ce qui peut entraîner des pressions irréalistes sur les médecins (191). Ceci peut être la source d'agressions verbales et/ou physiques de la part de patients qui ne comprennent pas que le médecin ne puisse pas tout résoudre, tout traiter (195). La relation médecin-malade devient alors un facteur prédictif clé de la dépression et du risque suicidaire chez les médecins (196).

Au cours des dernières décennies les relations médecin-malade se sont modifiées. Les soins médicaux sont de plus en plus perçus comme une commodité. La relation avec le patient est passée d'une relation de confiance à une relation contractuelle. La diffusion des connaissances médicales amènent les patients à jouer un plus grand rôle dans le diagnostic et le traitement (62,197). Par conséquent le rôle du médecin est de plus en plus démystifié (198). Cela a conduit à la détérioration des relations entre les patients et les médecins avec des affiliations de plus en plus pauvres ce qui sera source de stress, alors que des affiliations de qualité peuvent être une véritable protection en cas de difficulté, d'annonce de maladie (171).

La relation médecin-malade est passée d'une relation descendante, où seul le médecin avait la connaissance à une relation où le patient devient « co-thérapeute » et « partenaire de soins ». Le patient a accès désormais aux connaissances médicales grâce aux sites médicaux, aux réseaux sociaux ou aux forums médicaux. Il y a d'une part un élargissement des demandes auprès du médecin notamment sociales (certificats médicaux, arrêts de travail, expertise, allocation adulte handicapé, mesures de protection ...) avec parallèlement un droit des usagers de plus en plus présent, avec des plaintes médicales en hausses (Cf. chapitre contraintes judiciaires) une pression des pouvoirs publics pour limiter les coûts de santé. Le médecin peut ne plus savoir quel est son rôle, sa place, et craindre de devenir un prestataire de service.

Une source de stress importante se situe dans la relation avec les patients et leurs familles (177). Sur ce point, les demandes de l'entourage des patients, de même que l'insécurité découlant de

possibles agressions de la part de patients, demeurent significatives quant à la pénibilité que vivent les médecins dans le cadre de leur pratique professionnelle au quotidien (187).

De plus en plus d'étude montre que les médecins se plaignent des attitudes non coopératives, des comportements d'incivilité, de l'agressivité des patients. Les exigences et le manque de considération des patients à l'égard des soignants contribuent également aux difficultés de la pratique médicale (183). De plus, le harcèlement de certains malades est souvent vécu de façon très pénible (62). Hobb a trouvé auprès d'un échantillon de 1100 médecins généralistes britanniques que **63%** d'entre eux ont subi une forme d'agression au cours des 12 derniers mois (195). Une étude menée au Pays-Bas retrouve que **25%** des médecins indiquent avoir rencontré une situation de menace physique au cours de l'année précédente (199). Les relations médecin-malade difficiles, exigeantes émotionnellement sont une cause majeure de burnout (200).

Une recherche effectuée auprès de 270 médecins généralistes a ainsi tenté d'identifier les liens possibles entre le burnout du médecin, le retrait psychologique et la « compliance » du patient (201). La compliance peut être décrite comme une attitude docile chez l'individu, obéissante, conforme ou accommodante. Dans cette étude, les médecins devaient alors réagir à un cas de patiente devenue invalide, et cela selon deux modalités : compliant et non-compliant. Les médecins consultés avaient à choisir entre cinq attitudes qui leur étaient proposées. Les chercheurs ont également évalué le degré de burnout chez chacun de ces médecins. Les résultats ont indiqué que lorsque les médecins présentent un degré élevé de burnout, ils adhèrent davantage aux solutions de retrait psychologique et moins aux solutions engageantes, tout particulièrement lorsque la patiente est non-compliant. Ainsi, les patients considérés comme « plus difficiles » par les médecins peuvent devenir une source de pénibilité et de complexité qui ajoute à la lourdeur des tâches qu'ils ont à accomplir.

Un des processus psychologiques expliquant l'impact des relations professionnelles difficiles sur le burnout est lié à la théorie de l'équité (202–204). D'après cette théorie, les médecins évalueraient les relations avec leurs patients en termes d'investissement et de bénéfices. Les investissements sont représentés par ce que chacun apporte à la relation (contributions concrètes ou psychologiques [effort, patience, compétence]). Les bénéfices sont représentés par ce que chacun retire de la relation (matériels ou psychologiques également [gratitude, reconnaissance, sentiment d'efficacité]). Si la relation s'éloigne de l'équité le médecin peut ressentir de la détresse. Si le médecin est « sous bénéficiaire », c'est-à-dire quand le rapport des bénéfices sur les investissements est plus faible que pour sa patientèle, il ressentira des émotions négatives telles la colère. En cas de sur-bénéfice il pourra ressentir de la culpabilité. Bien entendu, l'asymétrie est une caractéristique de la relation de soin, mais les investissements des médecins sont compensés par ses honoraires. Toutefois, le médecin peut percevoir qu'il met beaucoup d'énergie dans la relation et qu'il ne recueille que peu de considération en retour. Le manque d'équité peut lorsqu'il s'associe à d'autres facteurs de risque

favoriser l'instauration insidieuse d'une souffrance psychique (199,205,206). L'harmonie de la relation médecin-malade repose donc sur l'équilibre entre les investissements et les bénéfices de chacune des parties. L'évolution de la médecine, de la technologie a pu modifier cet équilibre (tableau 17 et 18).

L'orientation communautaire, notion développée par Clark, aurait un effet modérateur sur la souffrance psychique dans les situations d'iniquité perçue. Les médecins avec une orientation communautaire élevée souhaitent recevoir et donner de l'aide non pas en fonction de considération d'échange, ou de réciprocité mais en réponse aux besoins de l'autre à un instant donné (207).

Tableau 17 : Théorie de l'équité appliquée à la médecine (103)

Investissements	bénéfices
Sacrifices personnels pour travailler dur	rémunération raisonnable
	autonomie
Fournir les meilleurs soins possibles	Déférence et respect
	Equilibre vie personnelle/travail
Voir ses patients régulièrement	Sécurité professionnelle

Tableau 18 : les promesses implicites faites aux médecins et les nouveaux impératifs (103)

Promesses faites aux médecins	nouveaux impératifs
Equilibre travail/vie personnelle	plus grande responsabilité (respect guideline)
Autonomie	soins centrés sur le patient
Sécurité professionnelle	fournir un service personnalisé
Déférence et respect	Travailler collectivement pour améliorer les soins

3.2.3. Les difficultés liées à l'évolution de la médecine

Les progrès remarquables de la médecine depuis la deuxième moitié du XXème siècle notamment la guérison de maladies autrefois mortelles, ont entraîné la prééminence du concept de la maladie sur celui du malade. Les besoins psychiques, comportementaux et socio-culturels de l'individu ont été, à tort, considérés comme secondaires. Depuis le développement de la notion d'éthique et l'évolution de la société, le patient, en tant que personne humaine, est redevenu l'élément clef de la médecine et de l'unicité du corps et de l'esprit (208).

Ces progrès de la médecine, la diffusion des moyens d'information et de communication ont entraîné, une exigence légitime sécuritaire de la part des patients. Toute cette évolution socio-culturelle et médicale a modifié le comportement des patients et des médecins.

3.2.3.1. De nouveaux patients ?

En 1987, des principes d'éthique médicale européenne ont été établis, fixant les devoirs du médecin vis à vis des malades, où l'on retrouve les éléments du code de déontologie français (208).

En 1994, une déclaration sur la promotion du Droit des Patients en Europe avait été faite à Amsterdam, lors de la Consultation Européenne sur le droit des patients avec réaffirmation des droits de l'homme dans les soins de santé, portant sur l'information, le consentement, la confidentialité, et le respect de la vie privée. Toutes ces notions traduisent une modification du comportement des patients dans tous les pays européens avec l'affirmation du respect de l'individu et son émancipation. Associé à la médicalisation de la société et à l'accès facile et généralisé à toute information, le patient est devenu plus éclairé, documenté, exigeant, critique, à l'égard du savoir médical détenu jusque-là par le médecin (208).

Cette demande d'information, tout à fait légitime et devenue une obligation légale qui s'intègre soit dans un cadre général de santé publique, soit dans un cadre préventif, soit surtout, dans le cadre individuel de la relation médicale. Il y a une responsabilisation du malade dans la gestion de sa maladie lié à un rôle plus actif dans sa prise en charge. La médicalisation de la société, avec l'accès direct par Internet aux connaissances médicales, renforce chez le patient, l'intérêt pour l'automédication et l'auto-prescription. La judiciarisation se développe en médecine comme ailleurs, favorisée par la possibilité d'indemnisation lors d'une condamnation, non plus fondée seulement sur la faute, mais parfois sur le risque. La prise en compte de la difficulté de l'acte médical a disparu depuis longtemps avec la banalisation de celui-ci par les médias. L'obligation de moyens tend à devenir une obligation de sécurité-résultat avec une extension de la responsabilité médicale (208).

En 1999, le Groupe des Assurances Mutuelles Médicales (GAMM) a enregistré 249 plaintes pénales, 334 plaintes ordinaires, 570 assignations en référé et 624 réclamations écrites. Si le nombre de plaintes est faible par rapport au nombre d'actes réalisés chaque année, les conséquences en sont financièrement lourdes, avec une diminution croissante d'assureurs prenant en charge la responsabilité médicale : de **40** en 1980, ils sont passés à 15 en 1990 et à **6** en 2000, voire 3 pour les spécialités à risques. L'augmentation prévisible du coût de ces assurances en étant le corollaire (209).

Entre le patient et le médecin le poids accru des différentes associations à connotation médicale complique parfois la donne. Ce type d'association s'est multiplié : en 20 ans, il est passé de **100** en 1980 à **4500** environ en 2000. La plupart de ces associations ont un rôle bénéfique réel, mais ces associations reconnues et responsables sont confrontées au problème de la formation de leurs représentants car non professionnels ils risquent d'être considérés comme incompetents, ou professionnels et alors taxés de connivence (208).

3.2.3.2. De nouvelles relations médecin-malade ?

Le comportement du patient évolue de plus en plus vers un comportement de consommateur. Le médecin doit s'adapter à ces nouvelles demandes, en sachant que ce patient a de multiples sources potentielles d'information. La place de l'écoute doit être considérée comme le premier élément de l'acte médical. L'information et le consentement du malade doivent être privilégiés ainsi que cela est précisé dans les articles 35 et 36 du Code de déontologie en sachant que le médecin a le devoir d'apporter la preuve de leur réalisation. Ces demandes légitimes font du patient un partenaire dans la prise en charge de sa maladie et favorisent un meilleur suivi du traitement. L'existence des associations de malades correspondant à la maladie peut également être portée à la connaissance du patient. Le risque inhérent à ces nouveaux comportements et à ces nouvelles demandes serait une certaine démotivation du médecin vis à vis du malade avec une désaffectation et un désinvestissement, voire une réserve défensive face aux risques et à la judiciarisation possible. Ces réactions naturelles se feraient au détriment de l'intérêt du malade, le médecin se devant de rester le médecin d'accompagnement (208).

3.3. Les facteurs liés au médecin lui-même

3.3.1. La médecine, un choix ?

La décision de devenir médecin représente un important événement qui va entraîner de profonds changements personnels. La profession médicale est certainement une de celles qui correspond le mieux à l'image de choix précoce, vécu sur le mode de la certitude, qu'on appelle la vocation. Dans l'étude de la vocation médicale, c'est avant tout le besoin de s'occuper d'autrui qui est décrit, ce qui est un des traits caractéristiques de la profession de médecin. Ce désir d'aider son prochain, est en lien avec sa propre histoire et à ses expériences les plus personnelles. Aider les autres en devenant médecin requiert des conditions sociales particulières, avec un soutien que ce soit à la fois financier pendant de nombreuses années mais également familial. De nombreux auteurs ont souligné la fréquence des antécédents familiaux dans le choix des études de médecine, ainsi que la forte reproduction sociale et professionnelle. C'est l'ensemble de la famille qui contribue à la détermination de la vocation médicale en fournissant des exemples, voire des modèles à imiter de manière plus ou moins impérative (210).

Les enfants de médecin : une hérédité professionnelle ?

Il y a un grand nombre d'étudiants en médecine, pour lesquels le choix de devenir médecin a été une évidence, la poursuite d'un parcours générationnel dans un monde médical qu'ils connaissent depuis l'enfance. La décision est d'autant plus aisée à prendre qu'elle ne fait parfois que confirmer

l'appartenance à un milieu familial fortement imprégné par l'activité médicale, et de recueillir un héritage hautement chargé d'enjeux symboliques, économiques et identitaires. Néanmoins, nombre d'enfants de médecins, ne se sont intéressés à la médecine qu'au dernier moment, éventuellement en deuxième choix, après un premier mouvement vers une autre filière. Les origines rattrapent in fine les individus et les ramènent vers un destin que les parents espéraient sans vouloir l'imposer (194). Bien que de prime abord les enfants de médecins puissent paraître avantagé, ils sont également soumis à une forte pression, une anxiété majeure de l'échec.

La Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques retrouve dans une étude de 2005 que **70 %** des étudiants en médecine ont fait ce choix dans un but de pourvoyance. Les autres motifs d'attraction restent également répartis de manière semblable entre les filles et les garçons : **30 %** des filles et **26 %** des garçons évoquent le prestige de la médecine, **18 %** des filles et **12 %** des garçons ont été impressionnés par une maladie ou un accident les concernant eux-mêmes ou touchant leurs proches, **22 %** des filles et **23 %** des garçons font état au cours de l'entretien de motifs liés à des considérations prosaïques (espérance de revenus élevés, pouvoir) (194).

3.3.2. La personnalité des médecins

La détresse psychologique des médecins est l'interaction entre des facteurs de risque professionnels et individuels. La mauvaise santé mentale des médecins ne peut pas être simplement due à des facteurs de stress au travail. La combinaison de stress professionnels et d'une vulnérabilité psychologique préexistante peut être à l'origine des troubles psychiatriques chez les médecins (211).

La personnalité du médecin est longtemps demeurée une « boîte noire » une « terre inconnue » (212) . De nombreuses études ont cherché à identifier les traits de personnalité des étudiants en médecine et des médecins. L'existence de traits de personnalité plus fréquents chez les médecins que chez d'autres professionnels a été soulignée. Ces traits de personnalité correspondent à des variations de la normale et non à des symptômes pathologiques, et ne concernent que la sphère professionnelle (50,212) .

Certains traits de personnalité plus fréquents chez les médecins pourraient représenter des facteurs de vulnérabilité à un trouble psychique et au suicide. Parmi ceux-ci on retrouve: des traits obsessionnels, de la dysthymie, un perfectionnisme, le caractère consciencieux, de l'introversion, de l'anxiété.

Les médecins à risque de suicide auraient tendance à éviter de demander de l'aide, surinvestissent leur identité professionnelle au détriment de leur identité familiale et sociale, avec le développement d'un faux-self protecteur sur le lieu de travail. Ils sont décrits également comme trop autonomes avec une tendance à nier leur détresse personnelle ou leur inconfort psychologique

(manque d'insight ?). Ces types de traits de personnalité semblent suggérer une excessive autonomie, des exigences personnelles trop élevées, avec une tendance à garder ses problèmes pour soi (213,214).

Paul Hewitt et Gordon Flett, chercheurs canadiens en psychologie, ont mis en évidence que la personnalité est à l'origine de plusieurs problèmes de santé découlant du stress, ce qui les rend sujets à des problèmes émotionnels, physiques et relationnels, dont la dépression, les troubles alimentaires, les conflits conjugaux et même le suicide (215).

Roy en 1995 a étudié les traits de personnalités de multiples professions et il retrouve que les médecins sont plus introvertis et anxieux que la population générale (216). Akiskal a réalisé le même type d'étude en 2005, et il retrouve une proportion plus importante de traits obsessionnels et de dysthymie chez les médecins (217).

Musson a réalisé une thèse en 2003 sur les traits de personnalité des astronautes, des pilotes et des médecins. Il retrouve quant aux médecins un haut niveau de motivation à la réussite, de conscienciosité, et un bas niveau de neuroticisme (218).

Le perfectionnisme est l'un des traits de personnalité qui rend l'individu plus vulnérable et moins apte à composer avec le stress. Le perfectionnisme, qui existe aussi dans plusieurs professions, est un trait de personnalité très répandu chez les médecins (219). Comme tout trait de personnalité, le perfectionnisme serait la résultante de facteurs hérités de nos ancêtres, mais également de nos interactions avec nos parents, notre entourage. Ceci va être favorisé par la culture médicale qui promeut le perfectionnisme, « Les médecins doivent exercer une médecine exemplaire, sous peine d'être poursuivis » (220).

On peut distinguer deux formes de perfectionnisme : le perfectionnisme orienté vers soi-même, qui consiste à se demander en tout temps et toute circonstance la perfection ; et le perfectionnisme orienté vers les autres, qui consiste à demander la perfection à ceux qui nous entourent. Dans le perfectionnisme orienté vers soi, le médecin se remettra perpétuellement en question sera dans le doute chronique, avec un manque de confiance en soi. Le médecin pourra souffrir du syndrome de l'imposteur, c'est-à-dire avoir du mal à s'attribuer les mérites de sa réussite. Il pense avoir réussi par chance, et non en raison de son intelligence ou de son talent, et croit que tôt ou tard, il sera démasqué (219,221). À l'opposé, dans le perfectionnisme orienté vers les autres, le médecin est plus souvent déçu du comportement des gens qui l'entourent que du sien, ce qui l'exaspère. Il vérifiera constamment le travail des autres, mais cela s'étendra à sa famille, son entourage, ce qui pourra rendre très compliqué les relations avec les personnes qui l'entourent. Les recherches semblent indiquer qu'en situation de stress, le perfectionniste orienté vers les autres est moins porté à la dépression ou à l'anxiété que le perfectionniste orienté vers soi. Il a toutefois plus de difficultés à s'entendre avec les autres, que ce soit à la maison ou au travail. Les médecins en souffrance psychique, ont préférentiellement un perfectionnisme orienté vers soi-même (215).

Les perfectionnistes sont souvent très appréciés au travail. Ils font d'excellents médecins, tant qu'ils ne s'égareront pas dans des détails qui leur font perdre du temps et les rendent moins efficaces. Leur attention aux détails est utile pour faire un bon diagnostic et prescrire le meilleur traitement. Le perfectionnisme devient un problème pour le médecin quand cela entraîne un manque de temps pour réaliser des activités personnelles, que cela entraîne une crainte permanente de commettre des erreurs médicales, ou que cela est source de tensions dans les relations interpersonnelles.

Myers et Gabbard, dans « The physician as patient », parlent d'une triade compulsive fréquemment observée chez les médecins. Elle comprend le doute chronique, le sentiment de culpabilité et le sens exagéré des responsabilités (222). Le doute chronique est à l'origine d'une anxiété chronique et d'une inquiétude permanente pour les médecins. Le sentiment de culpabilité est un sentiment normal qui permet de ressentir du regret, de l'empathie et du respect pour autrui. Cela devient problématique lorsque le médecin se sent responsable de tout, de situation qu'il est impuissant à changer. Les patients ont aussi leur part de responsabilités et doivent collaborer dans l'application des traitements. Une plainte juridique ou le moindre grief de patient aura alors un effet dévastateur sur ce genre de personnalité. Le sens exagéré des responsabilités est lié à la fois au doute chronique et au sentiment de culpabilité. Le professionnalisme demande un grand sens des responsabilités et une conscience éthique élevée (219). Certains médecins oublient dans cette quête effrénée vers la perfection, qu'une grande part de la médecine est palliative, et que plusieurs complications ne peuvent être évitées, le médecin ne peut pas tout guérir, tout éviter. Le mythe du médecin au-dessus des lois de la nature est véhiculé dans toutes les facultés de médecine, chaque étudiant en médecine a déjà entendu la devinette sur les chirurgiens : « quelle est la différence entre Dieu et un chirurgien?...Dieu ne se prend pas pour un chirurgien. ». Le perfectionnisme ne correspond plus à la recherche de l'excellence, mais plutôt à la recherche de l'inatteignable, de l'inaccessible, tout en considérant que la médecine n'est pas une science exacte.

3.3.3. Le médecin malade

En 1951, Jung, dans son livre « *Fundamental questions of psychotherapy* » affirme que seul un médecin blessé peut soigner de façon efficace. (223). Cette notion reprend le mythe de Chiron, centaure blessé que ses souffrances avaient amené à être le meilleur des médecins, et le père de la médecine en même temps que le maître d'Esculape, dieu de la médecine. Platon affirme que « les plus habiles médecins seraient ceux qui [...] n'étant pas eux-mêmes d'une complexion saine, auraient souffert de toutes les maladies » (224,225). La souffrance des soignants serait pour certains inévitable.

Maurice Thibault, médecin généraliste canadien a consacré un traité d'anthropologie à la question du médecin malade en 1985, « *Médecin guéris-toi toi-même* ». La maladie du médecin

demeure une aberration à travers les époques pour bon nombre de personnes. Ainsi Montaigne déclare « *Quoy, eux-mêmes nous font ils voir de l'heur et de la durée en leur vie, qui nous puisse témoigner quelque apparent effet de leur science* ». Voltaire quant à lui affirmait qu'il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse (226).

En 1976, les travaux de Guggenbühl-Craig décrit un système de guérison mutuelle. Le médecin guérisseur rencontre le patient malade. Pour favoriser la guérison, le soignant mobilisera le côté guérisseur du malade (prendre de bonnes décisions en matière d'hygiène de vie ou à respecter les consignes médicales). Par contre, le soignant porte aussi en lui des blessures, ce qui fait de lui le «frère» du malade plus que son maître. Ainsi, le malade peut en même temps qu'il est soigné par le médecin, contribuer à guérir les blessures du soignant (227).

Maurice Thibault fait plusieurs constatations sur le médecin malade : les médecins malades ont des comportements semblables. Il prend l'exemple d'un confrère qui s'est auto diagnostiqué sa maladie. Il décrit son angoisse des traitements, son statut de « patient différent » lors de la prise en charge, sa peur des analgésiques, l'insécurité financière . Le médecin malade aura commencé par sa propre anamnèse, ses propres investigations et parfois ses propres thérapies. Le médecin pour être soigné correctement devra néanmoins laisser son statut de médecin de côté : « *malades et médecins ont à peine le même vocabulaire, sûrement pas le même langage sauf si le malade est lui-même médecin et, même dans ce cas, le problème se pose autrement, puisqu'on affirme volontiers que le médecin est très mauvais juge de son propre cas* »! *Le problème se situe dans la relation avec le soignant« il se reconnaît en lui comme un miroir dans lequel il ne voit plus un confrère malade »* (226).

Le Dr Biencourt, le Dr Leriche, et le Dr Moulard expliquent que le caractère principal du médecin malade, est qu'il refuse la réalité de ses symptômes et d'emblée minimise son ressenti. Lorsque la pathologie est installée, c'est souvent l'entourage familial ou confraternel qui intervient bien trop tardivement. Le médecin malade est souvent un malade grave, car sa prise en charge tardive intervient sur des pathologies déjà très évoluées. Les relations avec les confrères traitants, les structures hospitalières, sont parfois difficiles car le médecin ne peut s'empêcher d'analyser sa maladie et perturber en influençant les procédures de prise en charge (83).

Le médecin-malade alterne entre la négligence de son état et un état de panique. Il hésite à se confier à son confrère de crainte de déranger, ou de se voir trahi par un manque de confidentialité ce qui le conduit à l'automédication parfois inappropriée, à l'auto-prescription et à l'auto-analyse d'examen para cliniques . Lorsqu'il s'agit d'une affection bénigne, le médecin accepte d'être un patient, mais très rarement un patient comme les autres. Il utilise plutôt les connaissances ou les moyens de ses confrères. Cela est beaucoup plus difficile quand c'est une maladie chronique, grave

pouvant menacer sa vie ou ses fonctions cognitives ou motrices. Lui qui habituellement soigne, guérit, doit affronter l'inexorable échéance de la mort, et qu'il en est en aucun cas exempté.

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les médecins ne demandent pas d'aide en cas de détresse psychologique. Tout d'abord pour des raisons pratiques, de nombreux médecins ne savent pas où aller chercher de l'aide. Durant sa formation, l'interne doit beaucoup de se déplacer, ce qui peut rendre difficile de savoir où demander de l'aide (228).

Les médecins peuvent être inquiets des possibles implications et retentissement sur leur carrière professionnelle en cas d'ébruitement de leurs difficultés psychologiques ce qui conduit souvent à la minimisation et même au déni de symptômes (229,230). Le plus souvent le médecin se choisit lui-même comme médecin référent. Les médecins ont tendance le plus souvent à avoir recours à l'autodiagnostic et à se traiter eux-mêmes en utilisant l'auto-prescription (24,144,231). Les médecins peuvent se sentir coupables de devoir prendre des arrêts maladies, et craignent que ce soit difficile de revenir travailler et de devoir se justifier à leur retour (232). Les médecins vont travailler même lorsqu'ils sont malades, il y a un faible niveau d'absentéisme en milieu hospitalier, et en profession libérale, chaque absence à un retentissement financier important. Des études montrent que les médecins prennent très peu de temps personnel, même quand ils sont malades (144,233).

Hassan en 2009 a réalisé une étude sur les attitudes des médecins en cas d'apparition de troubles psychologiques ou psychiatriques. **73,4%** des 2462 médecins questionnés ont répondu qu'ils révéleraient plutôt la présence d'une maladie mentale à un ami ou membre de la famille qu'à un professionnel de santé. Ils expliquent avoir peur des répercussions sur la carrière et du risque stigmatisation. Une fois les problèmes de santé divulgués, il est fréquent que les médecins aient des discussions informelles avec des collègues plutôt que des consultations formelles (144). Et Même quand il y a des consultations formelles, les médecins sont souvent traités comme des collègues et non comme un patient (234).

Il y a aussi des facteurs psychologiques et psychosociaux qui peuvent expliquer la réticence des médecins à demander de l'aide, tels que des sentiments de honte et de gêne (231). La mauvaise santé mentale peut être perçue comme une faiblesse, et le médecin a le devoir de paraître en bonne santé (235,236). Les médecins peuvent également avoir le sentiment d'abandonner leurs patients et leurs collègues en devenant malade. Il est difficile pour un médecin de devenir un patient, avec notamment l'inversion des rôles que cela entraîne (221, 222). Il est tout aussi difficile pour les médecins en face de les traiter, car ils s'identifient naturellement en ce confrère malade. Waring en 1974, suggère que les médecins sont des patients très difficiles et qu'ils reçoivent un traitement inadéquat de leurs confrères (237).

Les travaux de Viktor Frankl, psychiatre rescapé des camps nazis, nous enseignent en effet que la souffrance est une composante fondamentale de l'existence comme le destin ou la mort (238).

La santé du médecin doit passer par une humble reconnaissance de nos blessures personnelles et de nos propres vulnérabilités. Le fait de reconnaître et d'assumer que nous sommes des médecins blessés pourrait constituer un tournant pour notre profession. Cette notion primitive de la médecine conduit sans doute à une solidarité nouvelle entre nous médecins et tous nos malades qui luttent (225).

Pour résumer : Il apparaît ainsi que le médecin se retrouve particulièrement fragilisé lorsqu'il est malade, plus que le patient lambda, et ses connaissances médicales sont loin d'être une protection et une aide face au stress. Au contraire, le médecin connaît toutes les complications possibles, les maladies les plus graves, les plus rares, et sa réticence à consulter un confrère le prive de la réassurance apporté par un spécialiste moins « impliqué » affectivement. Dans ce contexte, le stress et la souffrance psychique peuvent se développer, avoir à leur tour un impact sur le plan professionnel et conduire dans les situations extrêmes à des troubles des conduites, un trouble de l'humeur, des pensées morbides, voir à des idées suicidaires. Et lorsque la souffrance est psychique ... c'est pire !

4. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA CRISE SUICIDAIRE CHEZ LES MEDECINS

Programmes internationaux de prévention du suicide des médecins

Les médecins présentent de grands risques de santé au travail associés à des difficultés à demander de l'aide en cas de pathologie mentale, et à devenir un patient. Par conséquent, il est important que les médecins puissent bénéficier de services spécialisés qui prennent ces questions uniques en compte, avec le respect de la confidentialité (228).

La recherche sur la santé mentale des médecins a conduit à l'instauration d'intervention préventive visant à réduire le risque de burnout, de pathologies mentales et addictives, et dans les cas les plus graves de suicide. Les programmes d'intervention précoce pourraient faire en sorte que les médecins en difficulté obtiennent de l'aide à temps, avant que leurs problèmes interfèrent avec leurs patients et leur vie personnelle (239).

Plusieurs auteurs retrouvent une corrélation positive entre la réduction de l'épuisement émotionnel des médecins après une intervention de six semaines d'un programme de soin, et les niveaux de détresse psychologique à la General Health questionnaire (GHQ) à 3 mois (239–241).

Aux Etats-Unis

Plusieurs programmes internationaux de prévention du suicide des médecins ont été développés ces dernières décennies. Au début des années 1970, l'American Medical Association (AMA) a par exemple soutenu le développement de « Physician Health programme » (PHPs) pour faire face aux médecins toxicomanes avec le double objectif de protéger les patients des médecins ayant ce problème et de protéger les carrières et les familles de ces médecins.(242–245).

L'étude de Dupont et coll. (2009) a étudié comment les médecins avec des problèmes d'addiction sont pris en charge à travers les 49 programmes de soins des médecins (PHP) aux Etats-Unis. Les médecins avec un problème d'addiction bénéficient de soins de meilleure qualité, avec une prise en charge plus globale et dans la durée que la population générale. Malheureusement les médecins avec une dépendance à l'alcool ou aux drogues se soignent peu (243). Le succès des programmes de santé nationaux prouve qu'il est possible, lorsque les moyens sont engagés, de limiter les rechutes et d'obtenir un rétablissement à long terme des troubles de toxicomanie. La réussite de ce programme est la preuve que les rechutes ne doivent pas être acceptées comme un processus biologique naturel dans les problèmes de dépendance. Ce modèle de gestion des soins comprend: une surveillance intensive à long terme (5ans) avec un contrat signé par le médecin entrant dans le

programme, une tolérance zéro pour toute consommation d'alcool ou de drogues, des tests aléatoires fréquents à la fois d'alcool et d'autres drogues, des soins personnalisés, une protection auprès du conseil de l'ordre si le contrat est respecté, une lutte active contre les rechutes, et la coordination avec les associations d'aide aux toxicomanes types alcoolique anonyme par exemple (243,244).

Des programmes de prévention et d'intervention spécifique ont été développés plus tard au Canada (246), en Australie (247), au Royaume-Uni (248), en Norvège (249) et en Suisse (250). Certaines régions françaises travaillent actuellement à mettre en œuvre des programmes similaires pour les médecins.

Un programme de prévention du suicide et de la dépression chez les médecins particulièrement intéressant a été créé à l'université de Californie en 2009 afin de faciliter la recherche d'aide et de prévenir le suicide parmi les étudiants en médecine, les internes et les médecins (251). Il mérite que nous nous attardions sur sa construction et sa mise en place car il pourrait représenter une sorte de paradigme de prise en charge du professionnel de santé en souffrance psychique.

Il a été créé après le suicide d'un médecin universitaire en 2002 de l'université de San Diego en Californie. Ce fait dramatique a entraîné la réalisation d'une enquête sur le bien-être des médecins et des étudiants en médecine, avec une évaluation des symptômes de troubles de l'humeur, des idées suicidaires et des tentatives de suicide, de la consommation de drogues et d'alcool, de la satisfaction personnelle et professionnelle, et de l'auto-prescription médicamenteuse. Un programme de prévention du suicide chez les médecins a alors été envisagé avec comme objectifs :

- D'identifier les symptômes dépressifs et évaluer le risque de suicide chez les étudiants en médecine, les internes, et les médecins.
- D'informer sur les symptômes de dépression et les aides possibles, faciliter le diagnostic et le traitement des troubles mentaux.
- De respecter la confidentialité de ceux qui souffrent de dépression et/ou de pensées suicidaires.
- De fournir des soins rapides, et confidentiels.

Ils ont ainsi créé un site internet qui décrit le programme de prévention du suicide, avec des informations sur les structures à contacter en cas d'urgence et une liste de thérapeutes soigneusement sélectionnés. Enfin, le site permet aux médecins de s'inscrire de façon anonyme et de compléter l'outil de dépistage en ligne, le « Patient Health Questionnaire » (PHQ-9), une échelle de dépression validée, avec des scores allant de 0 à 27. Un score plus élevé indique un plus grand risque de dépression (252).

Le questionnaire évaluera également les antécédents suicidaires (l'anxiété, la panique, la colère, le désespoir, la perte de contrôle) qui ont été liés à suicide, l'abus ou la dépendance d'alcool et l'usage de drogues. L'adresse email est cryptée pour préserver l'anonymat. Le répondant est alors classé dans un des 3 niveaux de gravité. Une personne au niveau 1 est au plus haut risque et présente

soit un score de 15 ou plus haut sur le PHQ- 9 ou est inférieur à 15 mais avec des critères de gravité tels des idéations ou antécédents suicidaires, une anxiété majeure, du désespoir. Les critères de niveau 2 (risque modéré) comprennent un score PHQ- 9 entre 10 à 14, sans antécédent de tentative de suicide ou d'idéation suicidaire actuelle, mais avec des problèmes liés à l'alcool ou de drogues, ou un retentissement majeur dans sa vie. Le troisième groupe avec le risque le plus bas à un score au PHQ-9 inférieur à 9 sans aucun critère de gravité.

Une fois le questionnaire rempli, le système informatique génère un email à un conseiller qui fera une analyse détaillée, et personnalisée du questionnaire. Dans l'évaluation, le conseiller se présente par son nom avec ses coordonnées, et invite à une discussion en ligne, avec une page sécurisée ne nécessitant pas d'identification autre qu'un identifiant d'utilisateur. En cas de niveau 3 le conseiller explique qu'il n'y a pas de problèmes importants. En cas de niveau 1 et 2, le conseiller discutera des questions les plus préoccupantes, et invitera les répondants à avoir une évaluation en personne ou il propose une discussion en ligne page dialogue anonyme. Des soins adaptés et spécifiques sont alors proposés.

Le programme a également développé un module de prévention qui est à la fois interactif et didactique. Il se compose d'une brève présentation, avec une vidéo pour éduquer les médecins et les étudiants en médecine sur le risque de dépression et de suicide dans la profession. Elle explique le continuum entre détresse psychologique, épuisement professionnel, dépression, et le risque de suicide. Le programme a été approuvé au niveau national. Les résultats de la première année sont :

Depuis sa création, le 6 mai 2009, jusqu'au 30 Août 2010, le programme a invité un total de 2.860 étudiants en médecine, internes et médecins. Parmi les 374 répondants, 6% répondaient aux critères de niveau 3, la majorité 67% a atteint les critères du niveau 2, et environ un quart 27% présentaient les critères du niveau 1. 3% des groupes de niveau 1 et 2 avaient tenté de se suicider dans le passé, et moins de 20 % d'entre eux avait un traitement médicamenteux ou psychothérapeutique. Parmi le groupe 1, 91 % ont lu l'évaluation personnalisée du conseiller, 39% ont engagé une discussion en ligne avec le conseiller, 11 % sont venus pour un entretien en personne, et 17 % ont accepté une nouvelle évaluation ou un traitement. 71 % des personnes ayant reçu un traitement ont déclaré qu'ils ne seraient pas venus sans l'encouragement et la connaissance de ce programme de dépistage. Un des principaux atouts de ce programme de dépistage est sa faisabilité pour la mise en œuvre dans d'autres hôpitaux et facultés de médecine.

Thomson a réalisé une étude en 2010, sur les programmes de réduction des symptômes dépressifs et des idéations suicidaires chez les étudiants en médecine. Pour réduire les taux alarmants d'épisode dépressif et d'idéations suicidaires chez les étudiants en médecine, l'Université d'Hawaii a instauré un programme d'intervention précoce comprenant: de la prévention individuelle anonyme, la possibilité de consulter des psychiatres bénévoles non impliqués dans leur formation, des modules de prévention dispensés par la faculté, des conférences et un guide de l'étudiant en médecine. Entre 2002

et 2003, les auteurs ont mesuré les symptômes dépressifs et idées suicidaires chez les étudiants en médecine de troisième année en utilisant, respectivement, « le Center for Epidemiologic Studies Depression Scale » (CESD-R) et une question de l'échelle « Primary Care Evaluation of Mental Disorders » (PRIME-MD). Avant l'intervention, 59,1% des étudiants en médecine avaient signalé des symptômes dépressifs, et 30,2% des idées suicidaires. Après l'intervention, les taux ont fortement diminué, passant à 24,1% d'étudiants présentant des symptômes dépressifs et 3% d'étudiants avec des idées suicidaires (253).

En Espagne

Le Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade, PAIMM, a été créé en 1998 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. Ce programme a pour but d'assister les médecins en activité qui présentent des problèmes psychiques et/ou des comportements de dépendance. La finalité est donc 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 (77,83).

Ce programme contient une unité d'hospitalisation complète, un hôpital de jour et un service de prise en charge ambulatoire. Le service respecte en premier lieu la confidentialité du médecin, avec un changement de nom à l'entrée dans le programme, ligne téléphonique directe et exclusive, correspondance inviolable, localisation discrète et anonyme des services. Le programme propose des contrats thérapeutiques, lorsqu'il existe un risque de mauvaise pratique, si le médecin malade a besoin de traitement et qu'il nie ou minimise son problème, ou en cas de rechutes. Il s'agit d'un engagement pour assurer l'accomplissement du traitement, signé par le médecin malade, l'équipe médicale et plus ou moins l'ordre des médecins. Son but est d'atteindre la réhabilitation du médecin malade. Le contrat est d'une durée de 6 mois à un 1 an, reconductible. Il y a une clause de possible déclaration de suspension pour la pratique médicale en cas d'inaccomplissement évident du contrat thérapeutique.

Ce programme Espagnol a traité de 1998 jusqu'au 30 septembre 2010, 1606 médecins malades, (56% d'hommes et 44% de femmes), 72% avaient entre 35 et 55 ans, dont 41% entre 40 et 50 ans. 132 contrats thérapeutiques (taux de 6%) avec la participation de l'ordre des médecins ont été instaurés (Figure 5, 6, 7). La majorité (84%) des médecins hospitalisés étaient des volontaires spontanés, 11% étaient des volontaires dit « induits » par des confrères ou la famille, 1% découlaient suite à une plainte d'un patient, et 4% étaient des hospitalisations confidentielles (figure 5). 83% des médecins arrivant étaient en activité, 7 % en arrêt de travail, 4% en incapacité de travail, 4% au chômage, et 2% étaient à la retraite (Figure 6). Les diagnostics posés étaient : 45% de troubles de l'adaptation, 22% de trouble de l'humeur, 17% d'abus d'alcool ou de substance, 4% de trouble

anxieux, 4% de schizophrénies et autre troubles psychotiques, 1% de trouble de la personnalité, 5% autres troubles et 2% non spécifiés (figure 7).

Figure 5 : Voie d'accès au programme d'aide intégrale pour le médecin malade de Catalogne

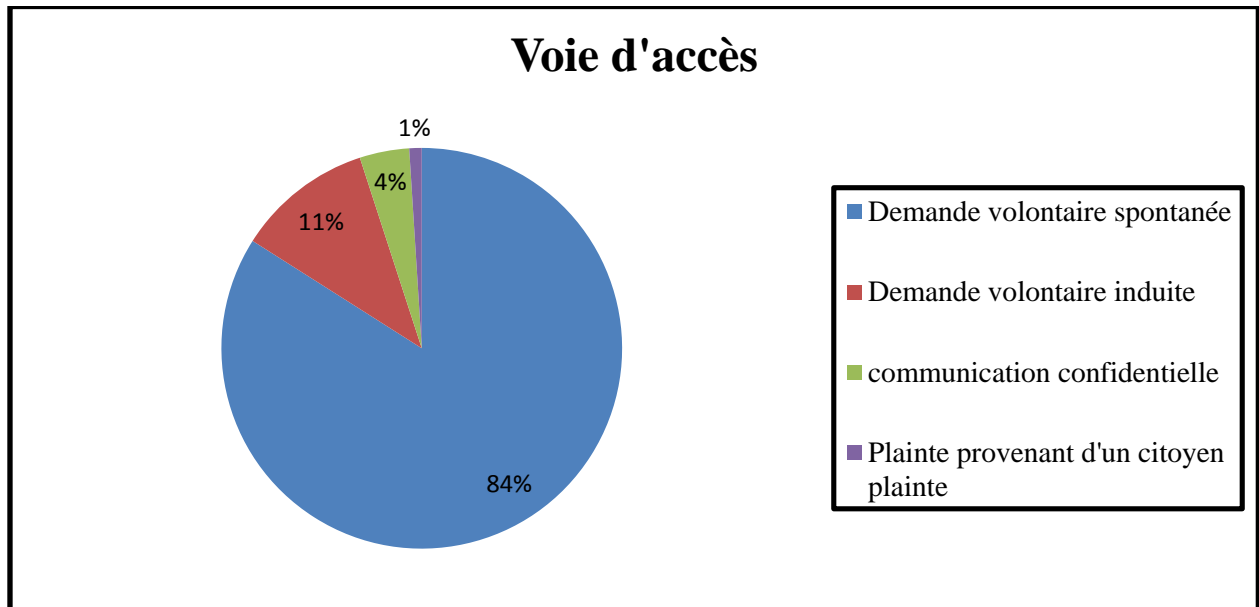


Figure 6 : Situation de travail des patients inclus dans le programme d'aide intégrale pour le médecin malade de Catalogne

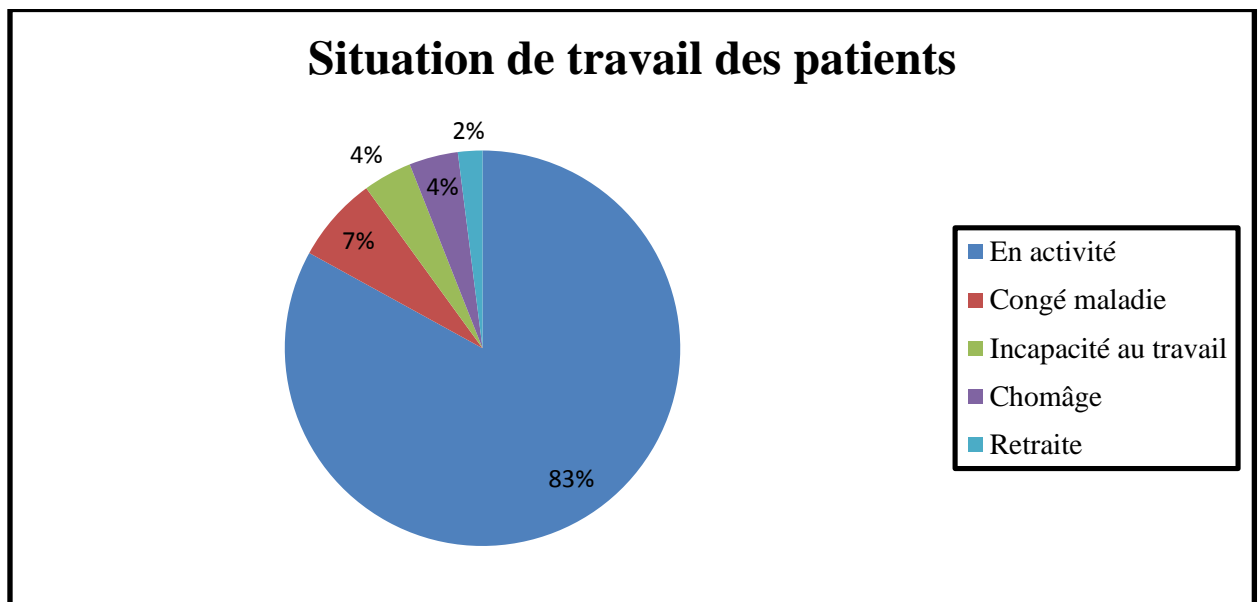
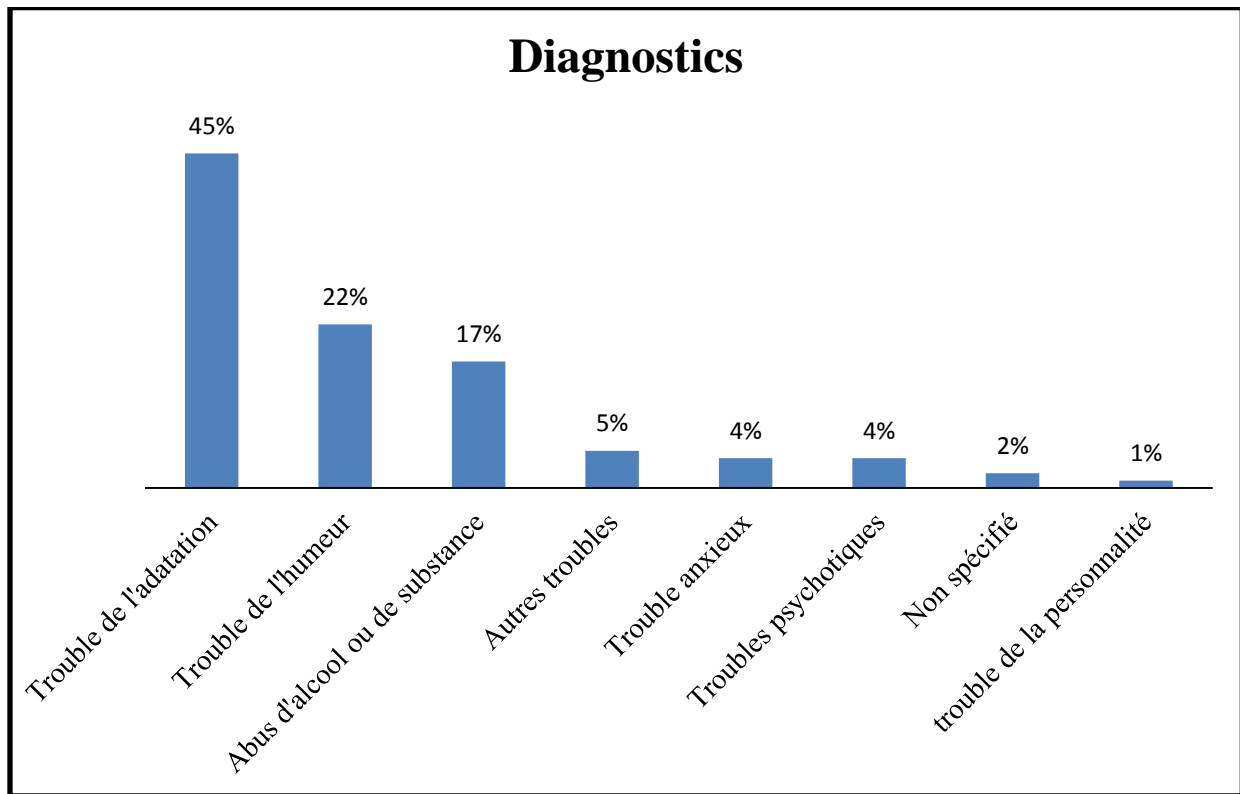


Figure 7 : Diagnostics posé au sein du programme d'aide intégrale pour le médecin malade.



En Suisse

La Suisse a mis en place un programme appelé ReMed (Rete Medicorum), fondée par des médecins en 2007, afin d'aider les médecins en crise. Après une phase pilote de trois ans, ce programme est en cours de déploiement à l'échelle nationale pour aider les médecins face à l'épuisement professionnel et au risque suicidaire. Le programme a offert une assistance à plus de 80 médecins pendant le projet pilote de trois ans. Plus de 100 médecins visitent le site chaque mois. Les principaux motifs de demandes d'aide sont : le burnout et la dépression (43%), des difficultés dans leur pratique et leur vie quotidienne (32%), une addiction (13%), des sentiments de culpabilité suite à une faute professionnelle ou des poursuites judiciaires, une incapacité de travailler suite à un accident, un stress post-traumatique (12%). Les femmes (56%) étaient plus affectées que les hommes, avec un âge moyen de 50 ans. Un tiers des médecins étaient déjà en cours de traitement au moment du contact. Les médecins en difficulté peuvent contacter en toute confidentialité le programme soit par téléphone, par courriel ou directement en ligne. L'équipe de soin se compose de quatre médecins, qui contactent le médecin souffrant dans les 72 heures. Il y a souvent l'instauration d'un contrat entre l'équipe de soin et le médecin malade, avec un encadrement et un suivi régulier de l'évolution des soins (250)

En Angleterre

En Angleterre, le programme de soins pour les médecins, instauré en 2008, fournit des soins de santé à une population d'environ 30.000 médecins et dentistes vivant ou travaillant dans la région de Londres présentant des troubles psychologiques, psychiatriques ou un problème de toxicomanie, ou un problème physique. Le respect de la confidentialité des médecins a été également ici un élément clé de la réussite de ce programme, avec la possibilité d'utiliser un pseudonyme pour les médecins malades. D'octobre 2008 à septembre 2010, le programme a pris en charge 372 médecins, avec 54% d'hommes et 46% de femmes, avec un âge compris entre 24 et 68 ans. 70.4% des patients sont restés ou ont repris leur travail après la prise en charge. A leur entrée dans le service, il y a avait 54% de médecins en activité, et 27% subissaient un processus disciplinaire en cours. 69% des médecins avaient une pathologie mentale (principalement un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou des pathologies liées au stress), 24% un problème de dépendance (alcoolodépendance dans 2/3 des cas), et 10% un problème organique (Figure 8, 9). Les soins proposés sont variés, il y a tout d'abord une première consultation d'évaluation, avec une discussion d'un traitement médicamenteux. Puis selon le patient il pourra lui être proposé des soins de thérapie brève, de la thérapie cognitivo-comportementale, des thérapies systémique familiale ou de couple, de l'entretien motivationnel etc. (254).

Figure 8 : Diagnostics psychiatriques posés au sein du programme de soin des médecins de Londres

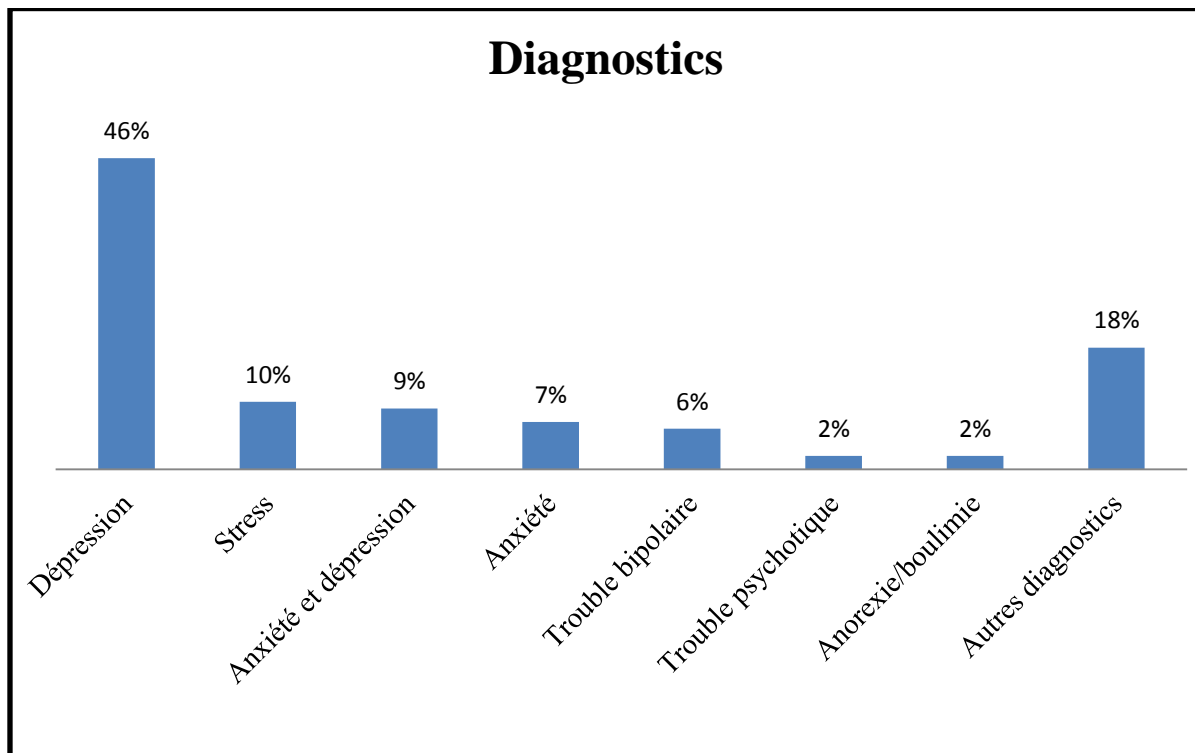
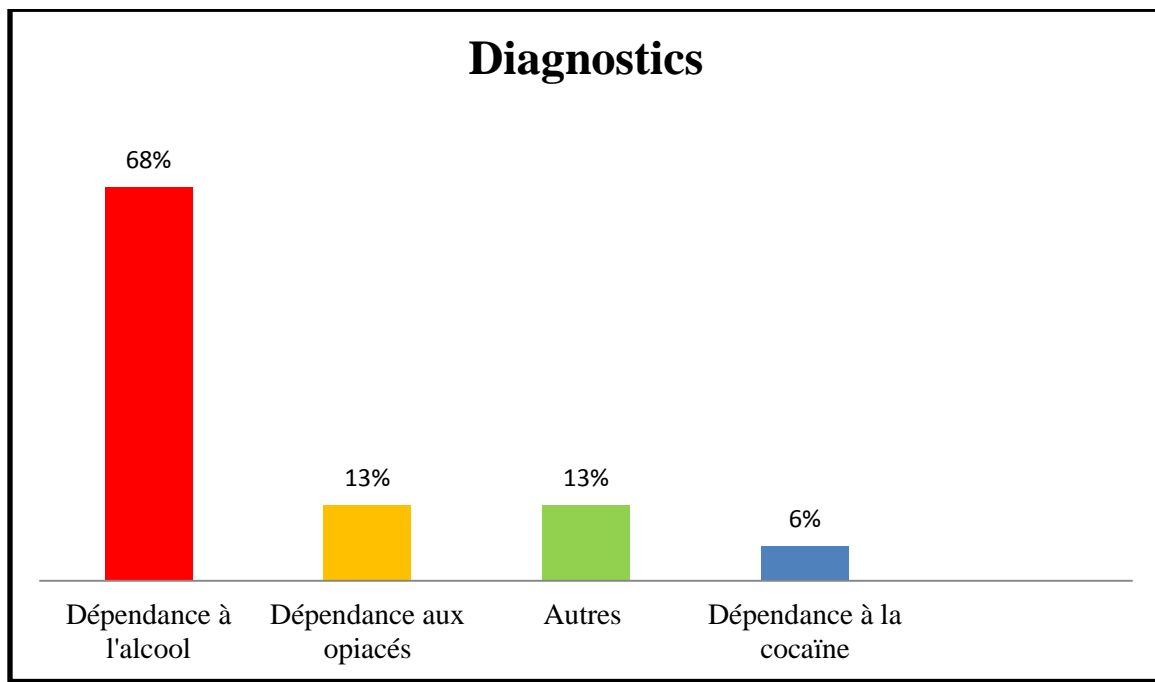


Figure 9 : Diagnostics de trouble addictif posés au sein du programme de soin des médecins de Londres



La création en 2009 d'une coordination européenne pour la santé des médecins à travers « *The European Association for Physicians Health* » vise à encourager l'aide et le soutien pour les médecins en difficulté à travers l'Europe. Elle fournit une plateforme de discussion virtuelle pour (255):

- Le partage de l'expertise et des bonnes pratiques sur le traitement des médecins par des médecins.
- Influencer et encourager le développement des services de santé pour les médecins.
- Entreprendre des recherches conjointes sur la santé et le bien-être des médecins.

Au Canada

Au Canada, il existe différentes structures d'aides aux médecins, certaines plus pour les facultés, d'autres plus pour les médecins en activité. Le programme de bien-être à la Faculté de médecine de l'université d'Ottawa, premier programme du genre au Canada, a été fondée afin de promouvoir le bien-être de tous les membres de la faculté : étudiants en médecins, internes médecins, professeurs. Depuis sa création en 2000, il a servi une moyenne de 150 personnes par année avec un large éventail de préoccupations de santé physique et mentale (246). Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ), est un organisme indépendant créé par des médecins pour des médecins, financés par des organisation médicales, afin de prévenir et d'aider les médecins présentant des troubles psychologiques. De juin 1990 à mai 2010, le programme a bénéficié de 4520 demandes

d'aide de médecin. Le médecin en demande d'aide, sollicite le médecin conseil, qui alors recherchera un médecin ressource neutre qui assurera le suivi de façon adaptée et confidentielle (78,83,246).

En Norvège

En Norvège, Un centre de prévention (Villa Sana) offre un programme de prévention et d'intervention, visant à lutter contre l'épuisement professionnel, à améliorer la santé mentale et la qualité de vie des médecins, et renforcer leur conscience professionnelle (239). Un des objectifs de ce centre est d'amener les médecins à prendre conscience de leur difficulté afin de pouvoir les traiter efficacement, ce qui peut être les amènera à réévaluer leurs priorités professionnelles et personnelles. L'étude a analysé les interventions réalisées d'août 2003 à Juillet 2005. Les interventions ont été basées sur une des approches psychodynamique, cognitivo-comportementale, éducative, et d'entretien motivationnel. Chaque médecin malade a au minimum une session de 6 ou 7 heures avec un médecin spécialiste de la santé au travail. Il s'agissait de séances quotidiennes de 90 minutes abordant les thèmes de la vie professionnelle, des ressources personnelles et de la résilience, de la personnalité, de l'articulation entre vie professionnelle et vie privée, travail d'équipe, et du burnout. Il s'en suit des groupes de discussions entre médecins malades, partageant leurs expériences, leurs solutions. 88% des médecins malades ont bénéficié d'un an de suivi dans ce programme. Le niveau d'épuisement émotionnellement (évalué par le Maslach burnout inventory, avec une évaluation en 5 niveaux : 1 pas du tout d'accord, 5 tout à fait d'accord) a été significativement réduit entre le début et la fin du programme de 3.00 (SD0.94) à 2.53 (SD0.76) ($t=6.76$, $p<0.001$). Les participants avaient réduit leurs heures de travail de 1,6 heures/semaine. Le nombre de médecin en congé maladie a fortement diminué, de 35 % au départ à 6 % à la fin de l'année avec une augmentation parallèle de la proportion de ceux qui bénéficiaient d'une psychothérapie, de 20 % à 53%.

La plupart des pays ont ou sont en train de créer des programmes de prévention du suicide des médecins, devant un phénomène qu'il n'est plus possible d'ignorer. Il est important que les mesures de prévention soient proposées et mise à disposition des médecins à un stade précoce de leur carrière. Ainsi Des mesures de prévention devraient être instaurées dès la faculté de médecine (228). Alliot en 1996 a développé le concept de «mentorat», où un médecin plus expérimenté pourrait fournir soutien, encouragement et réflexions afin d'aider un médecin en cours de formation (256).

Bien que les conceptions des programmes de soins pour les médecins puissent être différentes, une fois le diagnostic identifié, les médecins malades doivent se soumettre à un traitement psychiatrique, avec un contrat de respect de l'abstinence en cas d'addiction. Les interventions doivent être simples et efficaces. Les médecins qui viennent volontairement se soigner dans ce genre de programme sont principalement des femmes, jeunes qui souffrent de troubles non lié à l'addiction. Ces résultats suggèrent que les médecins ayant des problèmes de toxicomanie ont tendance à retarder la recherche d'aide. Dans le programme de soin de Barcelone, les médecins qui sont venus

volontairement avaient une prise en charge plus courte et avaient moins besoin d'hospitalisations. Le pronostic est donc meilleur pour les médecins recherchant de l'aide volontairement comparés à ceux qui sont forcés d'entrer dans le programme (245).

En France

Aide institutionnelle pour les internes

L'interne, de par son statut de travailleur et d'étudiant peut bénéficier de deux structures différentes de prévention et de prise en charge en cas de souffrance psychologique, que sont le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, et la médecine du travail.

Le décret n° 2008-1026 du 7 octobre 2008, instaure que chaque université organise une protection médicale au bénéfice de ses étudiants. Tout étudiant est donc libre de consulter le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé.

Depuis 1971, les consultations de médecine du travail sont obligatoires pour tout travailleur pour:

- Une mise au travail: embauche ou réintégration
- Une reprise du travail après une maladie, une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnel
- Une surveillance systématique annuelle
- Une surveillance médicale occasionnelle: à la demande de l'intéressé, à la demande de l'employeur, pour urgence.

En pratique, il y a peu d'hôpitaux qui appliquent ces mesures aux internes. L'interne est considéré pour les institutions plus comme un étudiant en formation, plutôt qu'un salarié, à qui on doit appliquer les mêmes règles. La simplicité du Maslach burnout inventory (MBI) le rendrait aisément réalisable au cours d'une consultation de médecine du travail. Il pourrait être intéressant de développer son utilisation, voire sa distribution systématique en salle d'attente de médecine préventive ou du travail (257).

Entraide ordinale

L'article l. 4121-2 du code de la santé publique donne à l'ordre des médecins la possibilité d'organiser toute œuvre d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit. Au sein du conseil national de l'ordre une commission s'occupe exclusivement de l'entraide. Elle se compose de sept conseillers nationaux élus pour trois ans par le conseil national lors d'une session, de deux membres de droit (le trésorier national et le délégué aux relations internes) et de membres d'associations.

Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins désignent un délégué départemental de l'entraide et se dotent parfois d'une commission d'entraide départementale avec un budget propre.

Il existe différentes aides que le conseil national de l'ordre des médecins peut apporter. Il peut s'agir d'une aide financière ponctuelle pour répondre à des besoins urgents, en cas de perte de revenus consécutive à une maladie, un accident ou à la perte d'un emploi. Elle peut aussi consister en un accompagnement moral et social pour essayer de sortir un confrère ou sa famille d'une situation difficile. Si des difficultés ne permettent pas d'envisager la poursuite d'une activité médicale, il peut être proposé au médecin un bilan de compétences sur la base du volontariat, dans l'objectif d'une reconversion pour favoriser son maintien dans la vie active. Le conseil national de l'Ordre a signé une convention avec le centre institutionnel de bilan de compétences pour la réalisation de ces bilans.

Enfin, grâce à une étroite collaboration entre le conseil national de l'Ordre et l'association de promotion des soins aux soignants (APSS), la commission d'entraide est en mesure de faire prendre en charge les confrères relevant de pathologies lourdes (alcoolisme, addictions...) dans des services adaptés, éloignés du lieu d'exercice du médecin, donc en toute confidentialité.

Bilan de l'entraide pour l'année 2010 :

L'aide financière s'élève à 326240 euros, avec un montant moyen de 2 416 euros par demande. Le nombre de dossiers retenus s'élève à 84 pour les médecins et à 51 pour les familles. Les motifs des demandes concernaient des problèmes économiques, familiaux, de santé et de troubles de la personnalité (258).

Les associations

L'Association Pour les Soins aux Soignants (l'APSS) est née des fonds d'action sociale de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) et du Conseil National de l'Ordre. Elle vise à promouvoir toutes les actions de prévention en matière de pathologie psychique et addictive chez les médecins, à en envisager la prise en charge médicale et sociale, et à favoriser l'ouverture de centres de soins dédiés à ces malades particuliers. Il s'agit d'une mesure incitative aux soins. Cette association (APSS) est en lien avec tous les syndicats médicaux, tous les ordres professionnels, les fédérations de l'hospitalisation privée et publique. L'association comprend déjà 4 centres opérationnels, avec des « doctor's doc », médecins formés à soigner des médecins. Elle propose des contrats thérapeutiques, le médecin malade est libre d'y souscrire ou pas. Il existe deux types de contrats thérapeutiques. Le contrat thérapeutique « CNOM » du conseil national de l'ordre des médecins, qui est un document contractuel entre le médecin malade, le thérapeute, et le conseil de l'ordre et « d'un parrain » issu du conseil de l'ordre. Le médecin bénéficiera de soins dans des établissements validés et dédiés aux soignants, et d'une suspension des procédures disciplinaire sous réserve du bon respect du contrat. Le contrat « CARMF » de la caisse de retraite des médecins, est un

document contractuel entre le médecin malade, le thérapeute, la caisse de retraite, et « un parrain ». Ce contrat permet une prise en charge précoce des indemnités journalières, une aide à la reprise et des soins adaptés dans des établissements validés et dédiés aux soignants. Le contrat est soumis à évaluation sous le contrôle de la commission d'invalidité et du fond d'action sociale. L'association pour les soins aux soignants, s'assure de forcer les médecins à ses soins particuliers, de recruter des volontaires pour l'accompagnement après l'hospitalisation, identifier les médecins qui pourraient en bénéficier et établir le contrat. Le bénéfice de type d'aide est triple, tout d'abord un bénéfice humain en aidant des aidants souffrants, un bénéfice démographique, en remettant au travail des médecins en période de pénurie, et enfin sur le plan économique, cela diminue la charge des organismes de protection (259,260).

Depuis juin 2005, l'**Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML)** a mis en place, avec l'aide de PSYA (société spécialisée dans la prévention et la gestion des risques psychosociaux), un dispositif concret d'écoute téléphonique, d'accompagnement et de soutien psychologique spécialement dédié aux médecins libéraux d'Ile-de-France. Les appels au numéro unique 0826 004 580 sont anonymes et peuvent être reçus 24h/24 et 7j/7. Les praticiens libéraux d'Ile-de-France se voient proposer : une assistance psychologique par téléphone, anonyme et confidentielle, avec un suivi des dossiers grâce à un identifiant communiqué lors du premier appel; la possibilité d'une l'orientation vers un psychologue si besoin. Un bilan quantitatif a été dressé pour la période entre le 1er juin 2005 et le 31 décembre 2009. Il y a eu 833 appels. Les professionnels contactent principalement la plateforme depuis leur cabinet, puisque 84% des appels sont enregistrés aux heures et jours ouvrables. Les appelants sont majoritairement des femmes (55%) d'âge moyen compris entre 50-55 ans et mariés (>70%), toujours en activité professionnelle (>80%). Parmi les appelants, 65% sont des médecins généralistes, 25% sont des spécialistes ou membres de l'entourage du professionnel de la santé. Les problèmes évoqués relèvent de la vie professionnelle (34%), de la vie privée (29%), de l'articulation vie professionnelle /vie privée (23%), de l'activité soignante (14%). Les questions relevant de l'activité professionnelle portent principalement sur la culpabilité ressentie suite à une erreur de diagnostic, à une erreur médicale ou à l'annonce d'une maladie grave, à l'isolement psychologique, à la difficulté de parler de la mort avec les collègues, à la gestion du risque pour les patients et pour eux-mêmes. La majorité des médecins appelants présente par ailleurs des symptômes anxieux, voire pour certains un état dépressif. L'alcoolisme et les idées suicidaires sont parfois évoqués. Au-delà des problèmes résolus lors des entretiens téléphoniques, 78 appels ont donné suite à une orientation auprès de structures adaptées (psychothérapie, recours vers le milieu associatif, ou hospitalisation) (187,261).

L'**association MOTS « Médecin Organisation travail Santé »**, est une unité clinique d'écoute, d'assistance et de recherche destinée à venir en aide aux médecins en difficultés, et dédiée à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement professionnel. Elle est organisée et gérée par la

profession elle-même pour l'ensemble de ses membres, médecins libéraux et salariés et leurs proches, ainsi que pour les praticiens en formation. L'association propose à tous les médecins en difficulté y compris aux internes, une écoute et un accompagnement adapté pour améliorer leur exercice professionnel et les aider à retrouver des conditions favorables à leur épanouissement personnel et professionnel, en toute confidentialité. Son principal moyen d'action consiste à des consultations d'écoute, d'évaluation et de planification par des médecins compétents en santé au travail (médecins-effecteurs MOTS) qui orientent éventuellement le médecin demandeur d'aide vers une personne ou une structure ressource, en fonction de sa problématique propre et avec son accord (262).

5. ETUDE DE L'ORS DU LIMOUSIN (2015)

L'observatoire régionale du Limousin a réalisé en octobre 2015 (40) une enquête exhaustive auprès de 2356 médecins libéraux et salariés sur la souffrance psychique des médecins. Le taux de participation était de **44%** (1029 répondants), et légèrement plus élevé chez les salariés que chez les libéraux (respectivement 46% contre 41%). L'étude retrouve :

La charge de travail :

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

Une charge de travail jugée trop lourde par **6 hospitaliers sur 10**, tandis que près de la moitié des libéraux, généralistes comme spécialistes, expriment le souhait de travailler moins. Une charge de travail en augmentation depuis 2 ans pour **67%** des médecins, en particulier pour les salariés (75%) et pour les généralistes exerçant en rural ou en péri-urbain (72% contre 54% en urbain). Un travail régulièrement emporté à la maison pour plus de la moitié des médecins, des repas régulièrement sautés ou écourtés pour **6/10**.

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

Les contraintes professionnelles :

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

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

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

Les difficultés relationnelles :

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

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

Les difficultés liées à l'exercice de la profession :

Les difficultés avec certains patients sont citées avec des demandes excessives fortement ressenties par **35%** (50% chez les généralistes), un manque de respect (surtout en libéral), une crainte de poursuites judiciaires.

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

Un isolement professionnel assez fortement ressenti par plus d'un médecin sur 5 (même en milieu hospitalier). Une lassitude professionnelle assez, voire très fortement ressentie par près d'un médecin **sur 3** (très fortement par **1 sur 10**).

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

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

L'épuisement professionnel :

Un degré élevé d'épuisement professionnel mesuré par le Maslach Burnout Inventory MBI retrouvé chez **20%** des médecins, davantage chez les hospitaliers (23%) et les généralistes (20%) que chez les spécialistes libéraux ou les salariés non hospitaliers (15%).

Au total, **57%** des médecins limousins présentent un certain degré d'épuisement. Un état plus fréquent dans les classes d'âge intermédiaires (degré élevé d'épuisement chez plus de 25% entre 50 et 60 ans) et, évidemment, plus souvent retrouvé chez les médecins avec une charge de travail importante.

Burnout :

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

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

Un burnout sévère touchant davantage les généralistes libéraux (14% contre 10% chez les hospitaliers, 8% chez les spécialistes libéraux et 7% chez les salariés non hospitaliers).

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

La thymie :

Un moral décrit comme passable, voire mauvais, par près de **4 médecins sur 10** (38%, dont mauvais 8%) et une dégradation au cours des 2 dernières années pour une majorité de médecins (58%); un constat plus négatif encore chez les salariés et dans les âges intermédiaires (40-60 ans). Le travail est en cause dans cette dégradation, au moins partiellement, **9 fois sur 10** (4 fois sur 10 il en est l'élément déterminant).

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

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

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

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

L'abus et la dépendance aux toxiques :

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

Aides et soutien :

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

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

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

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

Un a priori largement favorable à la création d'une consultation spécialisée dédiée aux professionnels de santé dans un lieu neutre et confidentiel: **75%** y seraient favorables (**25%** très favorables). Une sous déclaration des médecins est fortement probable, les médecins en souffrance n'ont possiblement pas répondu au questionnaire.

6. ETUDE DE LA SOUFFRANCE DES INTERNES DE LA REGION NOUVELLE-AQUITAINE.

6.1. Description de l'étude

6.1.1. Contexte de l'étude

Plusieurs études se sont intéressées à la souffrance psychologique et au burnout des internes et des médecins, mettant en évidence un épuisement professionnel. L'Observatoire Régionale du Limousin (ORS) a réalisé en octobre 2015, une enquête exhaustive auprès de 2356 médecins libéraux et salariés, évaluant la souffrance psychique et les idéations suicidaires des médecins du Limousin (40). Cette étude nous a amené à nous interroger sur l'état de santé psychique et de l'importance du risque suicidaire des internes de la grande région Nouvelle Aquitaine, et de son niveau de comparabilité avec la souffrance des médecins du Limousin. Ce constat nous a incités à réaliser une enquête dans le but de préciser cette situation dans la grande région Nouvelle Aquitaine.

6.1.2. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de mesurer à l'échelon de la grande région Nouvelle Aquitaine la prévalence de la crise suicidaire (tentative de suicide et idées suicidaires) des internes de médecine, toute spécialité confondue, et de la comparer avec celle des médecins du Limousin.

La question à laquelle nous avons tenté de répondre est la suivante: Est-ce-que les internes de la grande région Nouvelle-Aquitaine sont concernés par le risque suicidaire ? Et dans l'affirmative, le risque est-il comparable à celui des médecins ?

Objectifs secondaires :

- L'analyse des données personnelles, sociodémographiques, et professionnelles des internes d'une manière générale et plus spécifiquement des internes présentant des idéations suicidaires ou des antécédents de tentative de suicide.
- Le recueil des comportements à risque, addictions, troubles psychologiques des internes et des internes à risque suicidaire.

- L'évaluation de leur perception de leur travail ainsi que la présence de symptômes de burnout.
- Etudier qualitativement les commentaires, interrogations, ressentis, constatations des internes sur leur vécu de l'internat en général et sur ce qui les touchait ou les faisait réagir en particulier concernant notre étude.

6.1.3. Type d'enquête

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive multicentrique. Les variables qualitatives sont exprimées à l'aide de leurs fréquences et de leurs pourcentages valides. Les commentaires libres ont été répertoriés en 7 grandes catégories. Les variables quantitatives sont exprimées à l'aide de leurs moyennes, écarts-types, médianes, minimums et maximums. L'analyse statistique a été réalisée grâce au langage de programmation **Python**, ainsi qu'avec une bibliothèque écrite pour le langage de programmation Python nommée **Pandas** permettant la manipulation et l'analyse des données.

Elle consiste en la réalisation d'une enquête auprès des internes de la région Nouvelle Aquitaine de décembre 2015 à mars 2016. Elle a été effectuée à l'aide d'un questionnaire anonyme en ligne (annexe 6).

6.2. Méthodes de l'étude

6.2.1. Elaboration du questionnaire

L'Observatoire Régional de la Santé a été mandaté par l'Agence Régionale de Santé (ARS), le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins et le Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie pour conduire en 2014 sur le thème de la souffrance des soignants une enquête exhaustive auprès de tous les médecins du limousin. L'Observatoire Régionale du Limousin a créé dans le cadre de l'étude de la souffrance des médecins du Limousin un questionnaire de 4 pages.

Pour ce travail, un auto-questionnaire en ligne a été conçu, reprenant les items de l'étude de l'Observatoire Régionale de la Santé, en l'adaptant au profil des internes. Il a été réalisé à partir du service Google documents, un logiciel de traitement de texte et d'enquête en ligne. Il est accessible sur internet grâce au lien :

https://docs.google.com/forms/d/19NLut5xMvLg2wDOPnVUIRwCufqA1mfwHxX6AAKlg8Ac/viewform?usp=send_form

Son intitulé est « Enquête sur la souffrance des internes ». L'auto-questionnaire était anonyme. Le contenu du questionnaire est reporté en Annexe 6.

Il comprenait 40 items avec :

Une première partie (items 1-4) concernait les données épidémiologiques générales (sexe, année d'internat, spécialité, situation personnelle).

Une deuxième partie (items 5-17) concernait la charge de travail, les perspectives (nombre d'heures de travail hebdomadaire, gardes et repos de sécurité) ainsi que l'organisation du travail des internes (gestion vie professionnelle/vie privée, conditions d'exercices, relations interpersonnelles).

Les items suivants (18-32) s'intéressaient à leur état de santé (physique, consommation de toxiques) et leur équilibre psychique (moral, idées et tentatives de suicide, agressions).

La quatrième partie (items 33-35) évaluait la perception qu'ils ont de leur travail et le risque du burnout.

Enfin les items 36 à 40 concernaient les possibilités d'aides et de soutien avec enfin une place d'expression libre, consacrée aux remarques des internes, à toutes propositions, commentaires ou ressentis.

Le burnout a été évalué via le Maslach Burnout Inventory (MBI) (263), outil mondial de référence de diagnostic du burnout qui est un auto-questionnaire de 22 items notés selon la fréquence évaluée les 3 composantes du burnout que sont :

- L'épuisement émotionnel (EE) 9 items

<i>Degré faible : < 17</i>	<i>Degré modéré : 18-29</i>	<i>Degré élevé : >30</i>
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

- La dépersonnalisation (DP), 5 items

<i>Degré faible : < 5</i>	<i>Degré modéré : 6-11</i>	<i>Degré élevé : >12</i>
------------------------------	----------------------------	-----------------------------

- L'accomplissement personnel (AP), 8 items

<i>Degré faible : < 33</i>	<i>Degré modéré : 34-39</i>	<i>Degré élevée : >40</i>
-------------------------------	-----------------------------	------------------------------

Chaque question est rattachée à un item (EE, DP ou AP) ; les scores sont additionnés pour obtenir la valeur de chacune des composantes. Un niveau de burnout élevé se manifeste par des scores élevés (en rouge) aux deux sous-dimensions : épuisement émotionnel (>30) et dépersonnalisation (>12) et un score faible de l'accomplissement personnel (<33).

6.2.2. Echantillonnage

La population cible de l'étude correspond à l'ensemble des internes de médecine toutes spécialités confondues de la région Nouvelle Aquitaine, soit 436 internes de médecine dans la région

Limousin, 886 internes dans la région Poitou-Charentes et 1246 internes dans la région Aquitaine soit un total de 2568 internes. Afin de faciliter la communication et la réalisation du questionnaire nous avons opté pour une version en ligne. Le premier envoi du questionnaire a été réalisé en décembre 2015 ; Un courriel a été envoyé aux responsables des internes de médecine des 3 collectivités locales du Limousin, de l'Aquitaine, et du Poitou-Charentes, ainsi qu'aux référents des internes de chacune des spécialités. Une relance a été réalisée en janvier 2016, ainsi qu'en mars 2016. L'étude incluait tous les internes de médecine de leur premier semestre jusqu'à leur fin d'internat.

6.2.3. Analyse statistique

Les données ont été traitées et analysées initialement par Google Forms, et un Google documents. L'étude a été réalisée sous python, étant donné sa grande popularité en tant que langage de programmation scientifique, sa gratuité, et ses nombreuses bibliothèques de traitement de données.

Dans un premier temps nous avons analysé les données recueillies sur la souffrance des internes de la région ayant répondu au questionnaire.

Dans un second temps nous avons comparé les données recueillies avec les résultats de l'étude de l'Observatoire Régionale du Limousin sur la souffrance des médecins.

Enfin nous avons analysé et comparé les caractéristiques des internes présentant des idéations suicidaires, et/ou ayant réalisés des tentatives de suicides par rapport aux internes sans risque suicidaire.

Nous avons utilisé les tests de CHI-2 et de Fisher pour comparer les variables qualitatives. Nous avons utilisé également le test de comparaison (bilatérale) de pourcentages pour les échantillons non appariés.

Les résultats sont interprétés au seuil de signification de 5 %.

6.3. Résultats quantitatifs

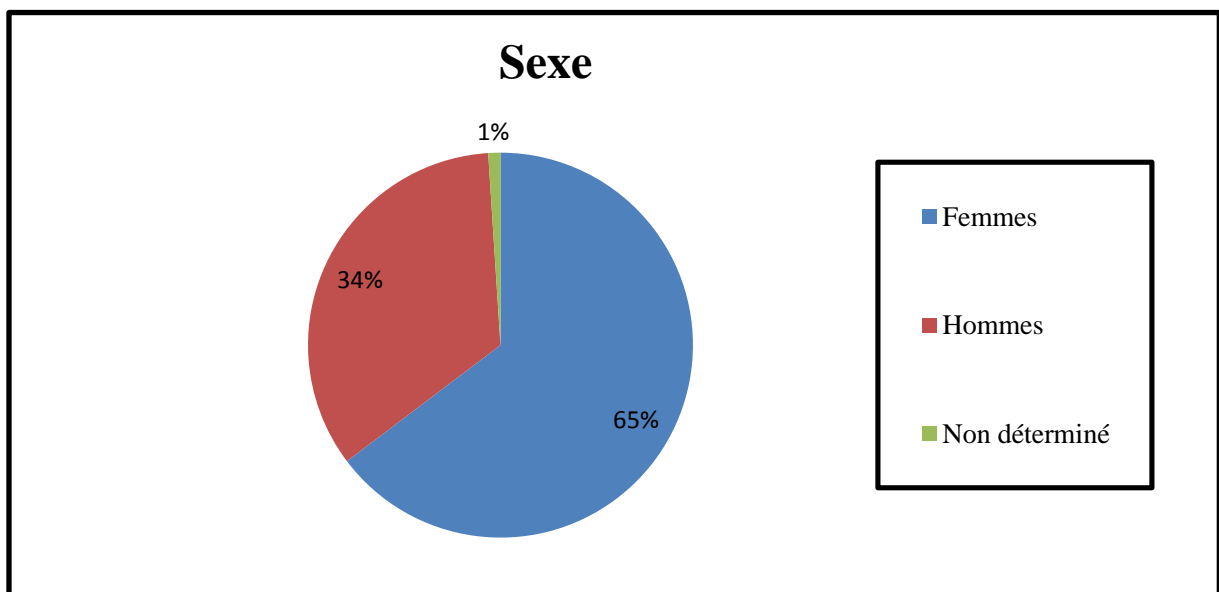
6.3.1. Analyse quantitative du questionnaire

Participations des internes

490 questionnaires en ligne ont été remplis soit un taux de participation de **19 %**.

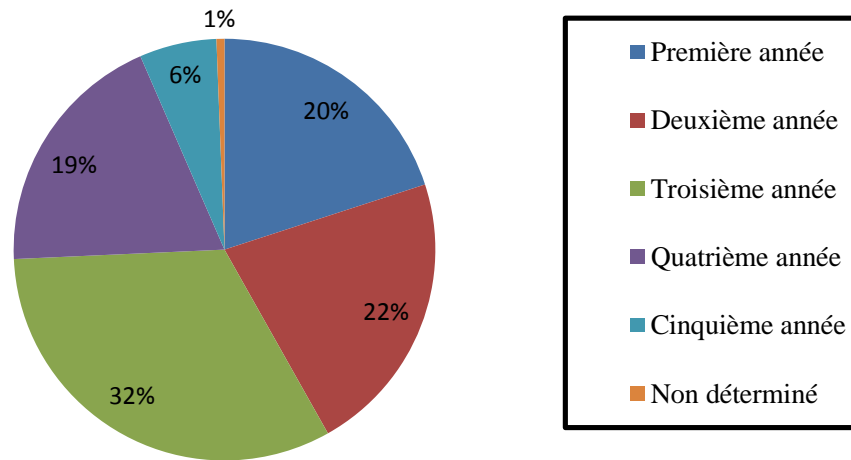
Les résultats du questionnaire

Sexe : La répartition au niveau des sexes est de 317 femmes pour 168 hommes soit 65% de femmes (5 personnes n'ont pas répondu à la question soit 1%).



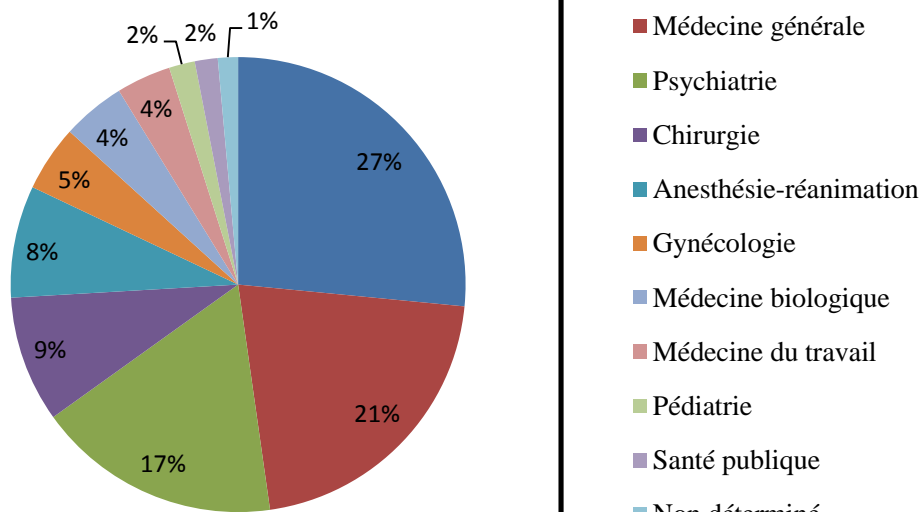
Année d'internat : Il y avait 98 internes en première année, 107 en deuxième année, 159 en troisième année, 94 en quatrième année, et 29 en cinquième (3 personnes n'ont pas répondu à la question soit 0.6%).

Année d'internat



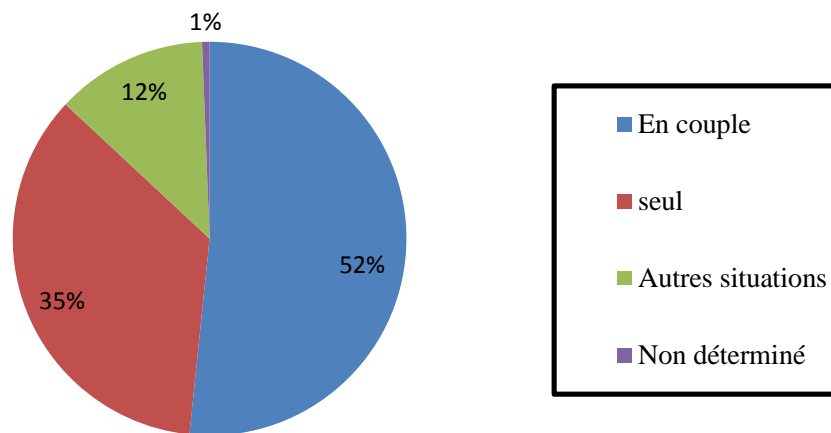
La spécialité : Il y a des pourcentages plus élevés d'internes en spécialité médicale, médecine générale et psychiatrie ayant répondu au questionnaire (7 internes n'ont pas répondu à la question soit 1.4%).

Spécialité



Vie personnelle : 52% des internes se déclarent en couple (n=253), 35% vivent seuls, et 13% sont dans une autre situation (seul avec enfant, seul avec un membre de la famille Etc.) (3 internes n'ont pas répondu à la question soit 0.6%).

Situation familiale



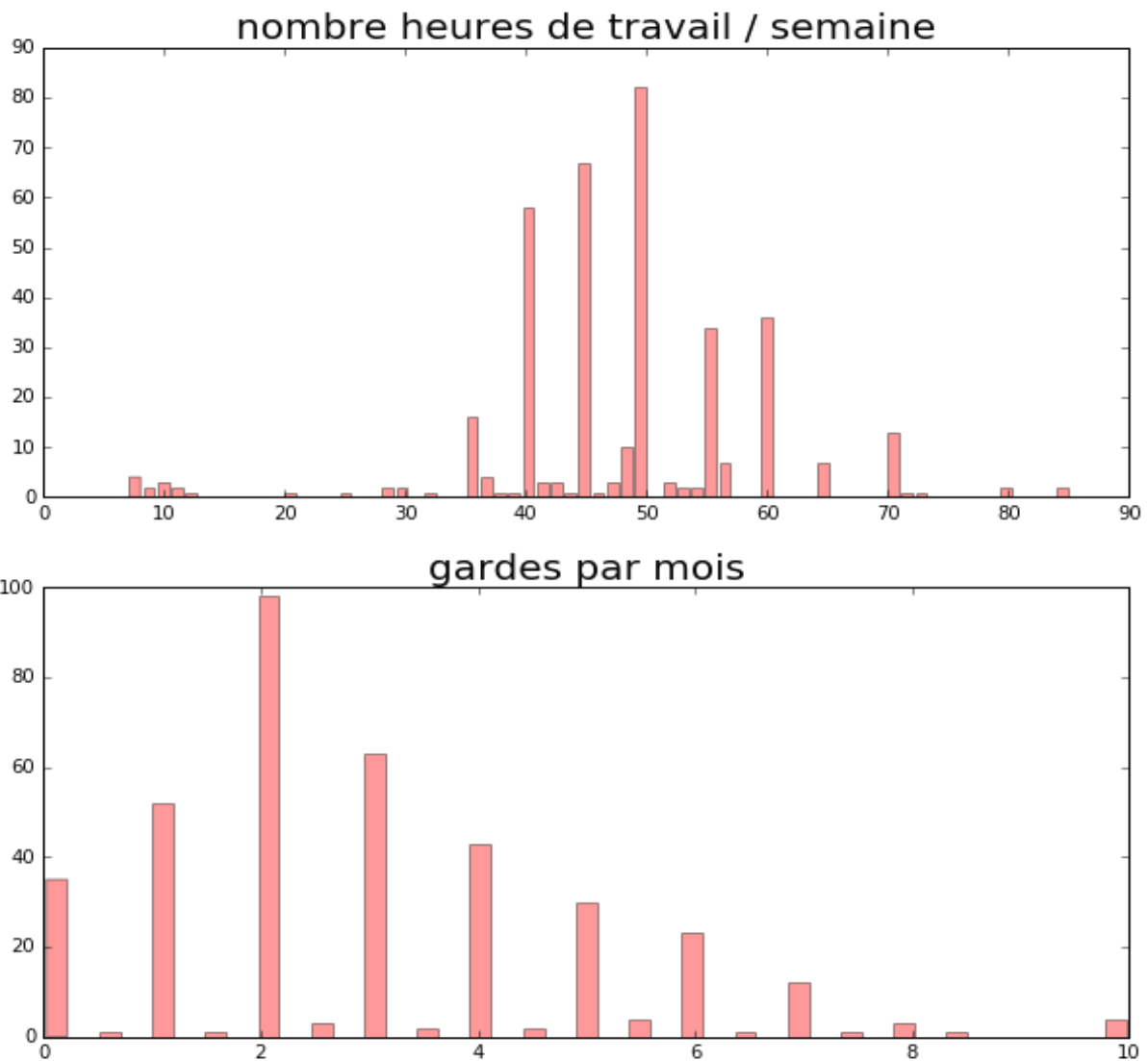
Charge de travail et perspective :

-Nombre approximatif d'heures de travail durant une semaine standard, gardes exclues :

Moyenne = **47.8 heures** avec une variance = 11.6 heures ;

53.5% des internes disent travailler entre 40 et 50 heures par semaines, **20%** estiment travailler plus de 51 heures (dont **6.7%** plus de 61 heures), et 18.6% moins de 40h.

Tableau : Histogramme de la répartition des internes en fonction du nombre d'heure de travail hebdomadaire, et du nombre de gardes par mois

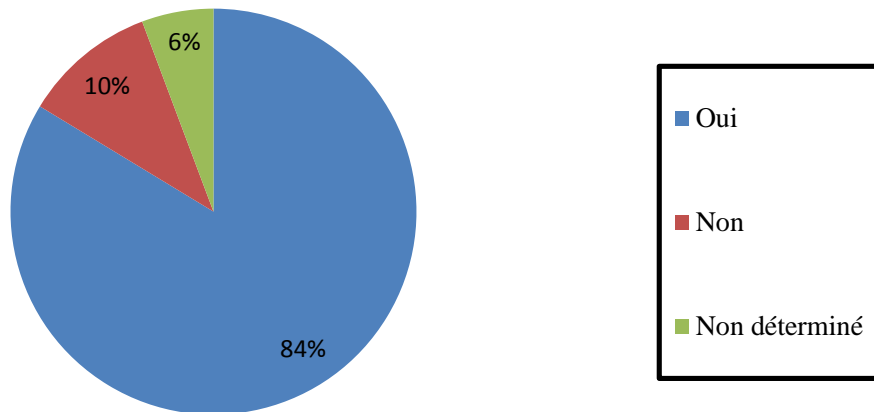


-Nombre mensuel de garde :

Moyenne = **2.9** soit environ une moyenne de 3 gardes par mois avec une variance= 2.02

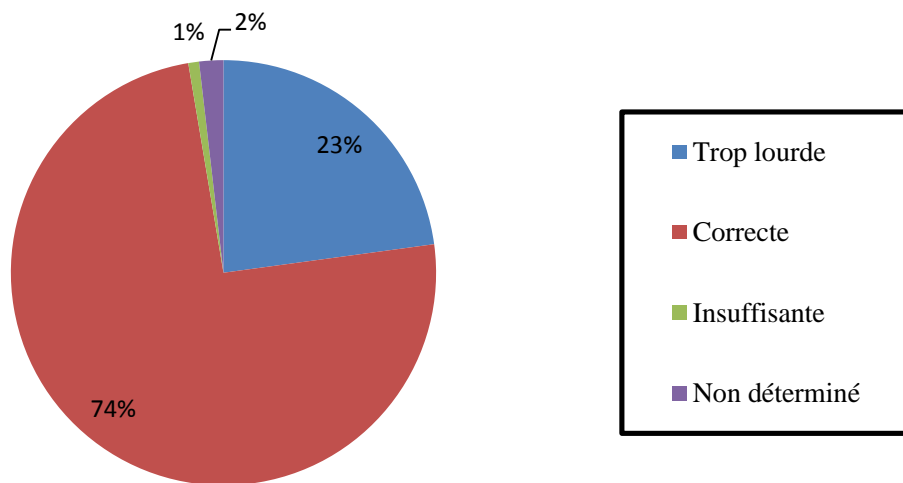
Repos compensateur : **84%** des internes à son repos compensateur après une garde. **10%** des internes ne peuvent en bénéficier (28 internes n'ont pas répondu soit 5.7%).

Repos compensateur



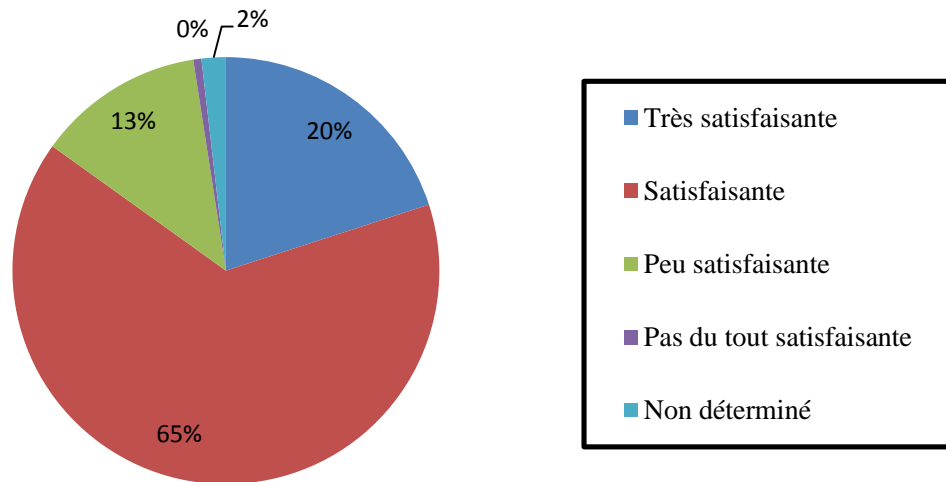
-Évaluation de la charge de travail : **74%** des internes jugent leur charge de travail correcte et **23%** trop lourde, et **1%** insuffisante (9 internes soit 1.8% n'ont pas répondu à la question soit 1.8%).

Évaluation de la charge de travail



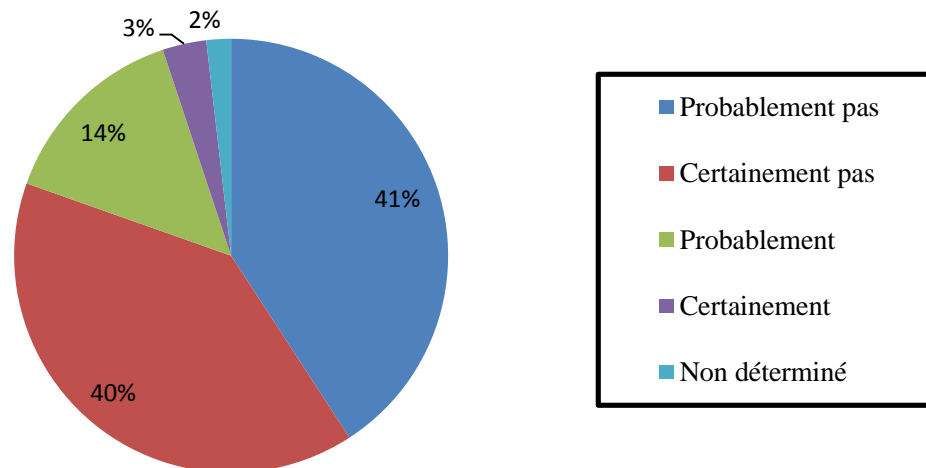
-Évaluation de l'activité professionnelle : **85%** des internes disent que leur activité est satisfaisante ou très satisfaisante, **13%** peu satisfaisante, et **0.6%** pas du tout insuffisante (9 internes soit 1.8% n'ont pas répondu).

Évaluation de l'activité professionnelle



-Souhait de reconversion : **81%** ne souhaitent pas changer de métier (dont 40% certainement pas, et 41% probablement pas). **17%** des internes se posent la question d'une reconversion (dont 14% probablement et 3% certainement) (9 internes n'ont pas répondu, soit 1.8%).

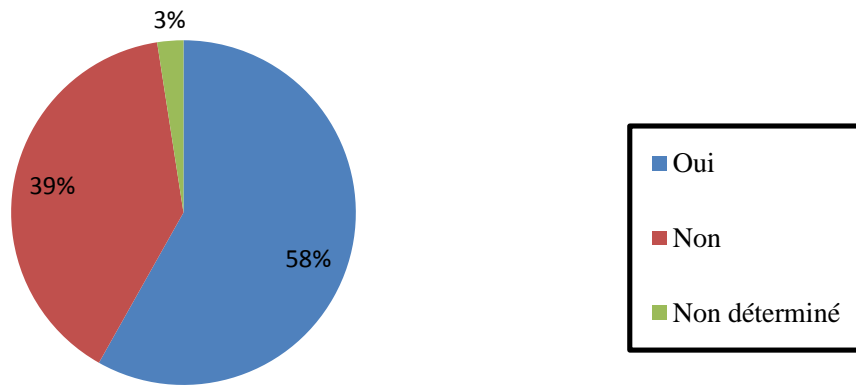
Souhait d'une reconversion



Organisation du travail :

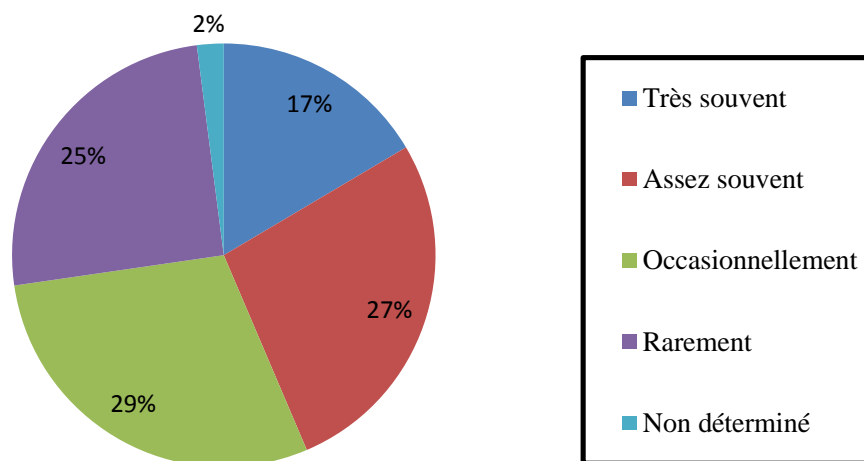
-Temps pour la formation : **58%** des internes ont leurs demi-journées de formation (12 internes n'ont pas répondu soit 2.5%).

demi-journées de formation

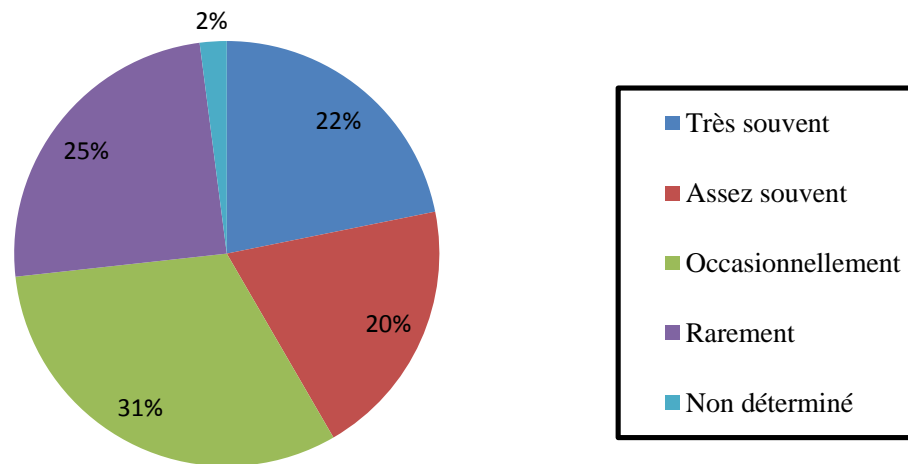


-Gestion du temps et e l'activité professionnelle : **17%** des internes emportent très souvent du travail à la maison, **27%** assez souvent, **29%** occasionnellement et **25%** rarement (9 internes n'ont pas répondu). Il y **22%** des internes qui écourtent très souvent leur repas à cause de leur activité professionnelle, **20%** assez souvent, **31%** occasionnellement, **25%** rarement (10 internes n'ont pas répondu soit 2%).

Travail à la maison

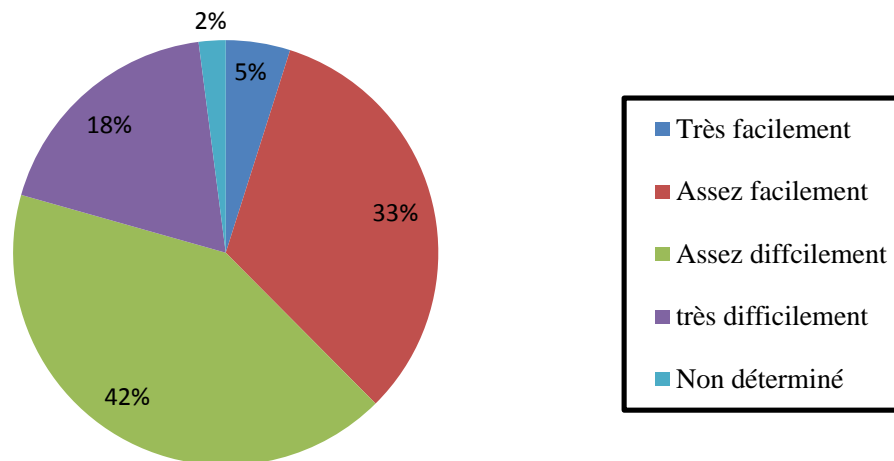


Réduction du temps de repas



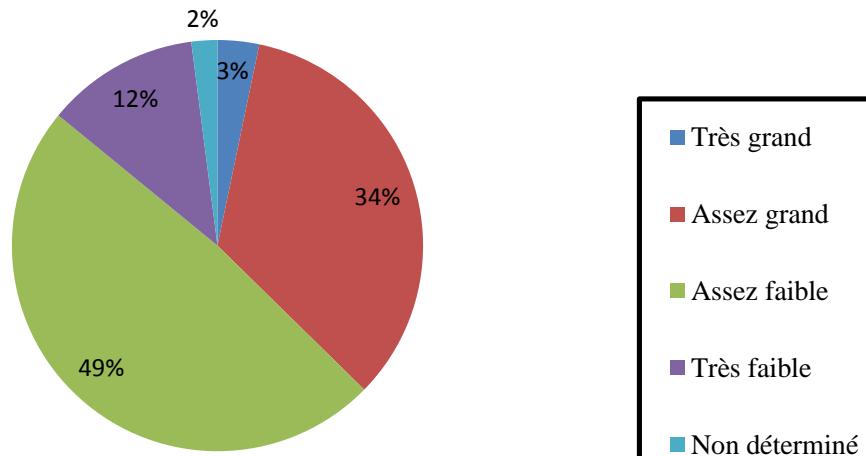
-Temps libre non programmé : **60%** des internes n'arrivent pas à se dégager du temps libre non programmé (dont 42% assez difficilement et 18% très difficilement) (10 internes n'ont pas répondu soit 2%).

Temps libre non programmé



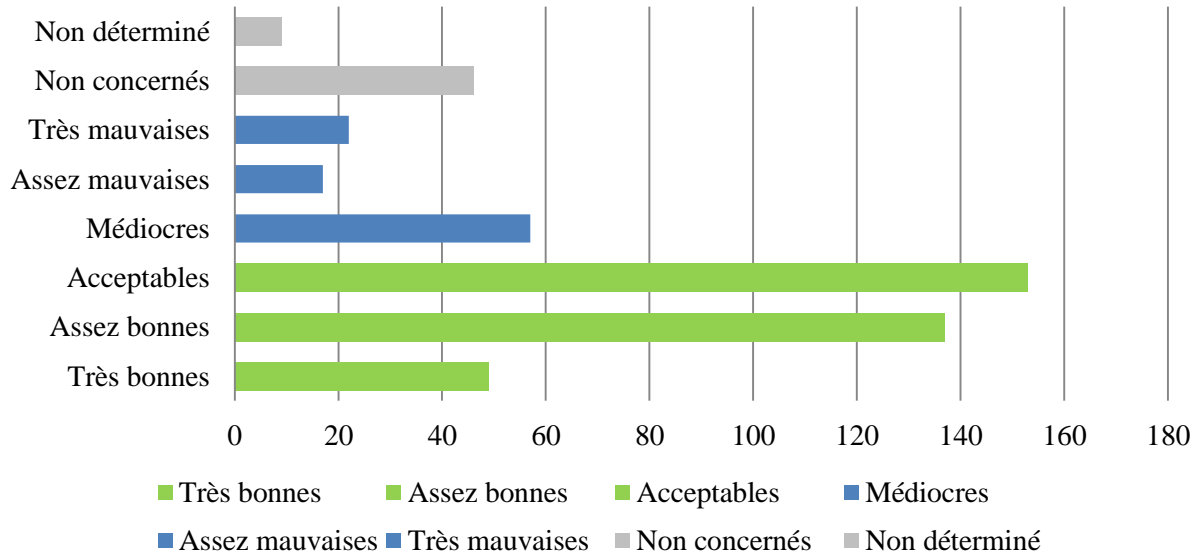
-Degré de liberté d'organisation professionnelle : **62%** dit disposer d'un assez faible degré de liberté de planification de son activité (10 internes n'ont pas répondu soit 2%).

Degré de liberté d'organisation professionnelle

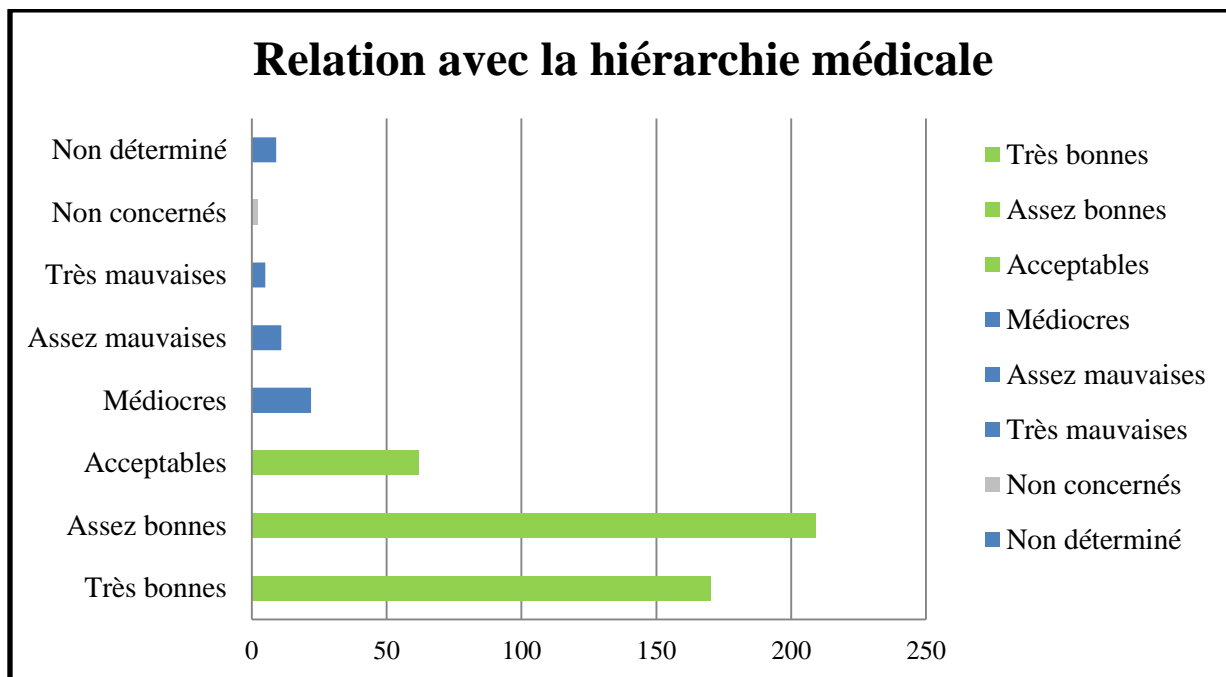


-Relation avec la direction administrative : **60.3%** estiment avoir des relations acceptables à assez bonnes avec la direction administrative. **8.1%** des internes rapportent des relations assez mauvaises à très mauvaises (9 internes n'ont pas répondu soit 2%).

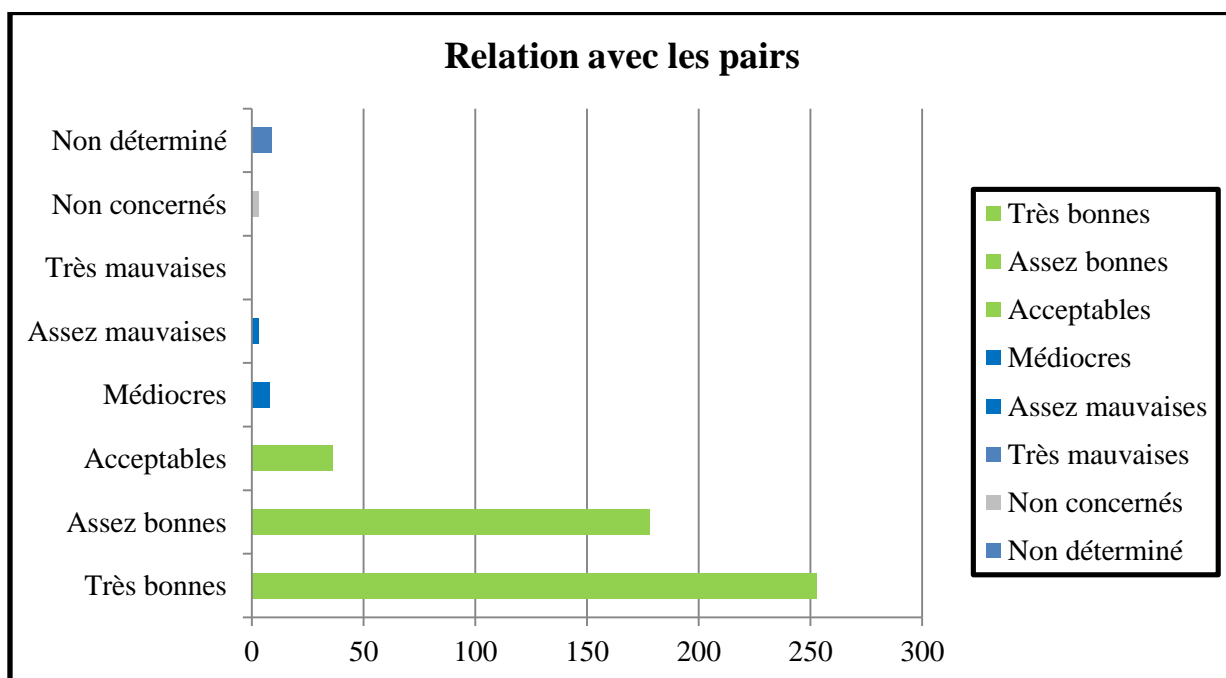
Relation avec la direction administrative



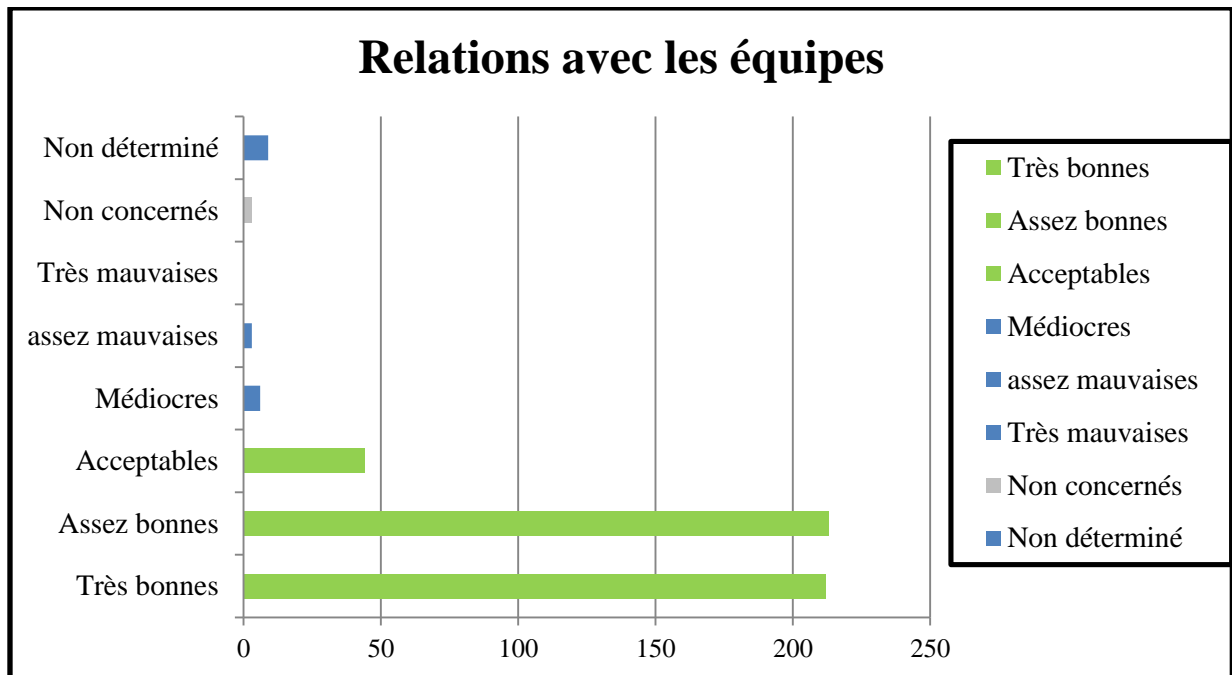
-Relations avec la hiérarchie médicale : **91.7%** estiment avoir des bonnes relations avec leur hiérarchie médicale (très bonnes, bonnes, acceptables). **8%** des internes rapportent des relations avec leurs supérieurs de mauvaise qualité (9 internes n'ont pas répondu soit 2%).



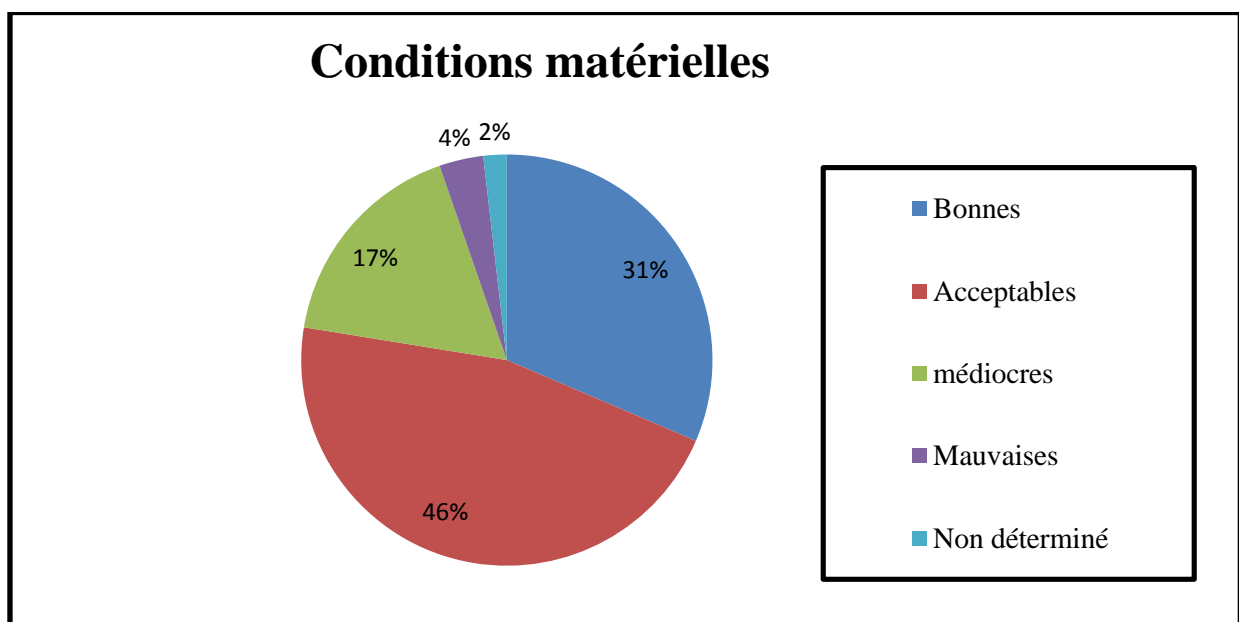
Relation avec les pairs : **89.6%** des internes disent avoir des bonnes ou de très bonnes relations avec leurs pairs. **2%** des internes rapportent des relations de mauvaise qualité avec leurs collègues (9 internes n'ont pas répondu soit 2%).



-Relations avec les équipes : **88.4%**des internes disent avoir des assez bonnes ou de très bonnes relations avec les équipes soignantes. **2.4%** des internes ont des relations qu'ils jugent de mauvaise qualité avec les soignants (9 internes n'ont pas répondu soit 2%).

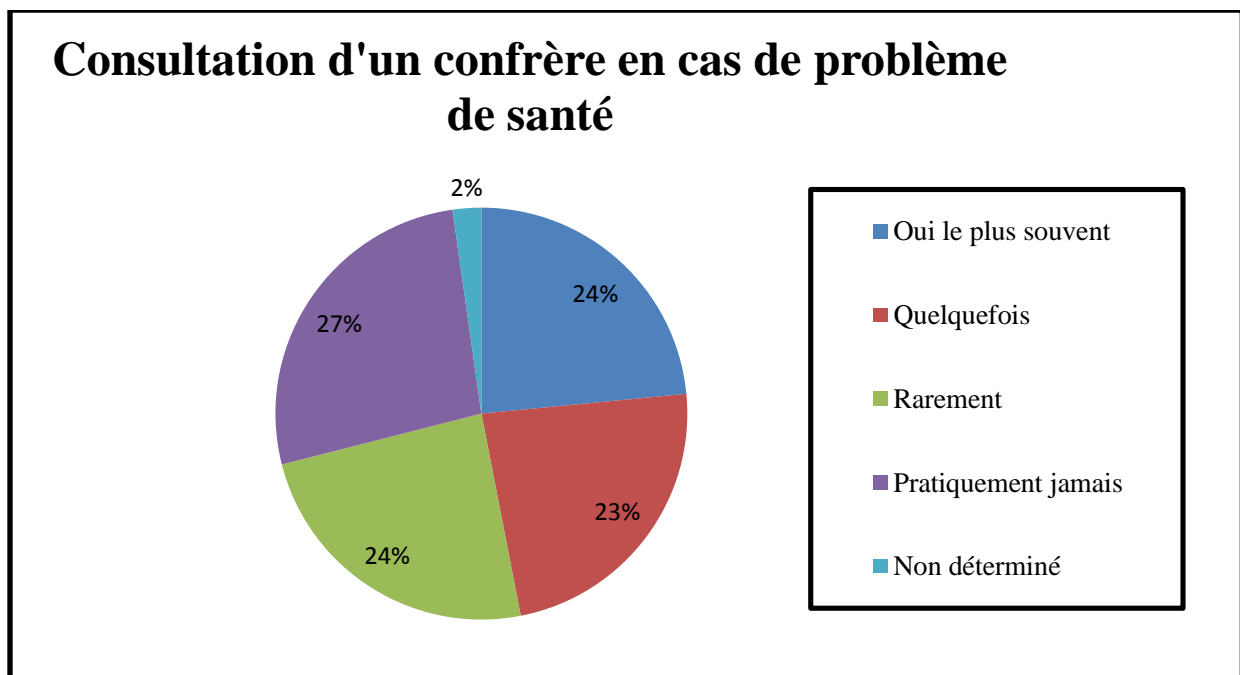
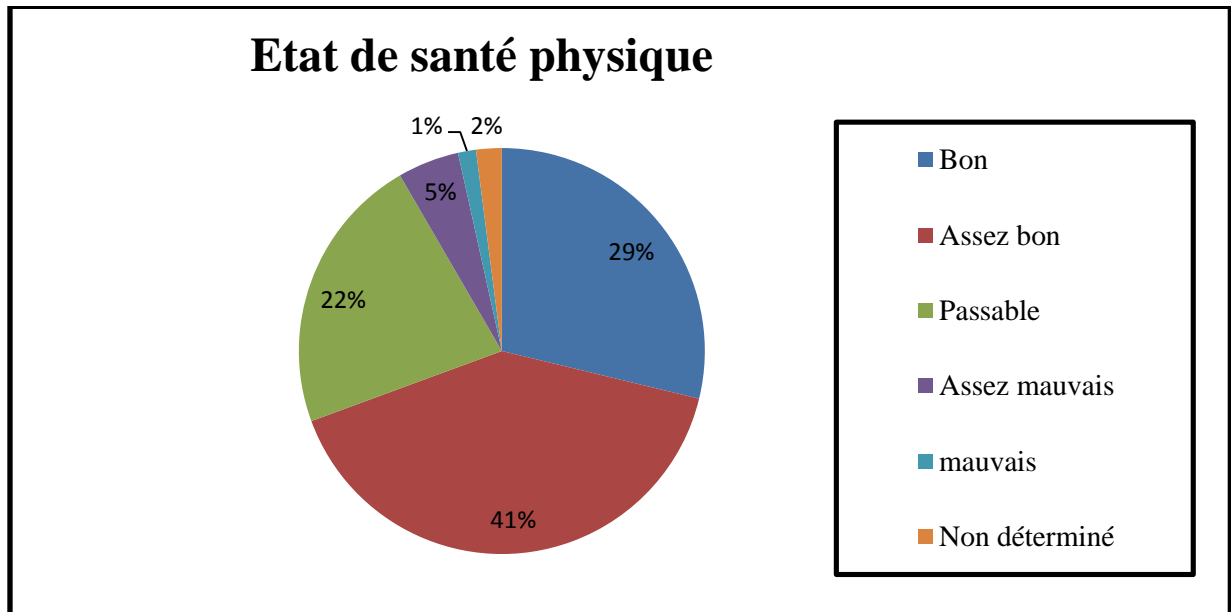


-Conditions matérielles : **46%** des internes ont des conditions matérielles de travail acceptables. **21%** des internes ont des conditions matérielles médiocres ou mauvaises (9 internes n'ont pas répondu soit 2%).



Etat de santé et équilibre psychique :

-Etat de santé physique des internes : **70%** des internes estiment avoir un bon ou assez bon état de santé. **22%** des internes qualifient leur état de santé comme passable, et **6%** comme mauvais ou plutôt mauvais (10 internes n'ont pas répondu soit 2%). En cas de problème de santé, hors pathologie bénigne, **24%** des internes disent consulter un confrère le plus souvent, **23%** quelquefois, **24%** rarement et **27%** jamais (11 internes n'ont pas répondu 2.2%).



-Conduites addictives et psychotropes :

75.7% des internes ne fume pas, 13.3% se déclarent fumeurs quotidiens (9 internes n'ont pas répondu soit 1.8%). Concernant la consommation des 12 derniers mois :

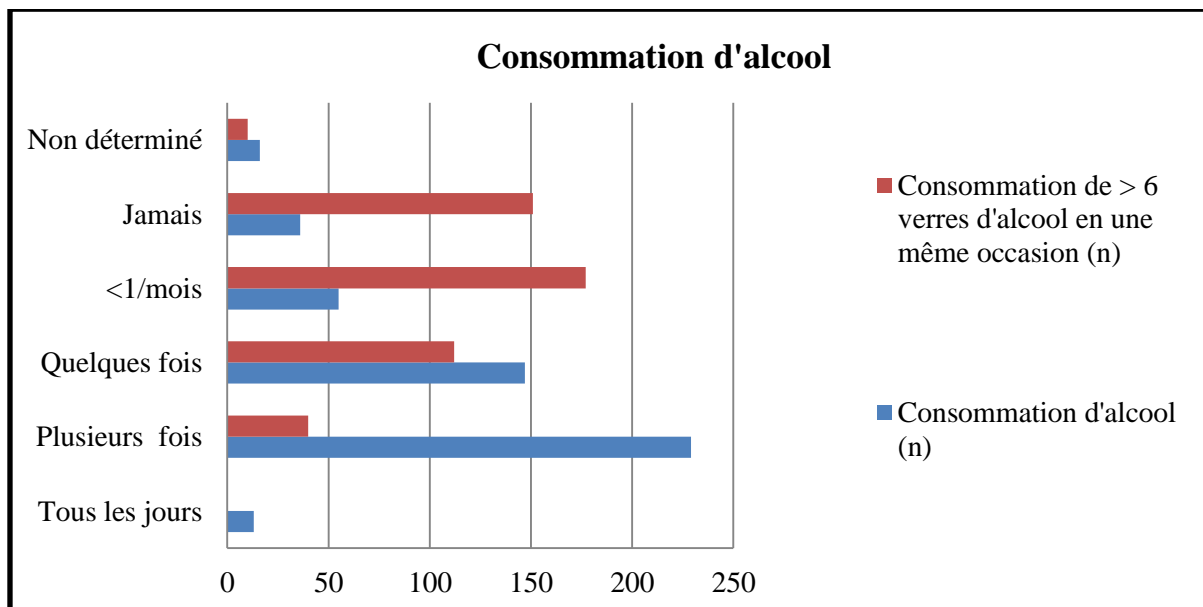
-Alcool : il y a très peu d'internes qui disent consommer quotidiennement (2.7%) de l'alcool, 78.3% déclarent en consommer quelques fois à plusieurs fois par mois (16 internes n'ont pas répondu soit 3.3%). 36.9% des internes ont pris plus de 6 verres d'alcool en une même occasion moins d'une fois par mois, 23.3% quelquefois par mois, 8.3% plusieurs fois par mois, et 31.5% jamais (10 internes n'ont pas répondu soit 2%).

-Antidépresseur : 4.6% des internes avouent consommer des antidépresseurs : 2.7% disent avoir une consommation quotidienne d'antidépresseur, 1.9% de manière occasionnelle (10 internes n'ont pas répondu).

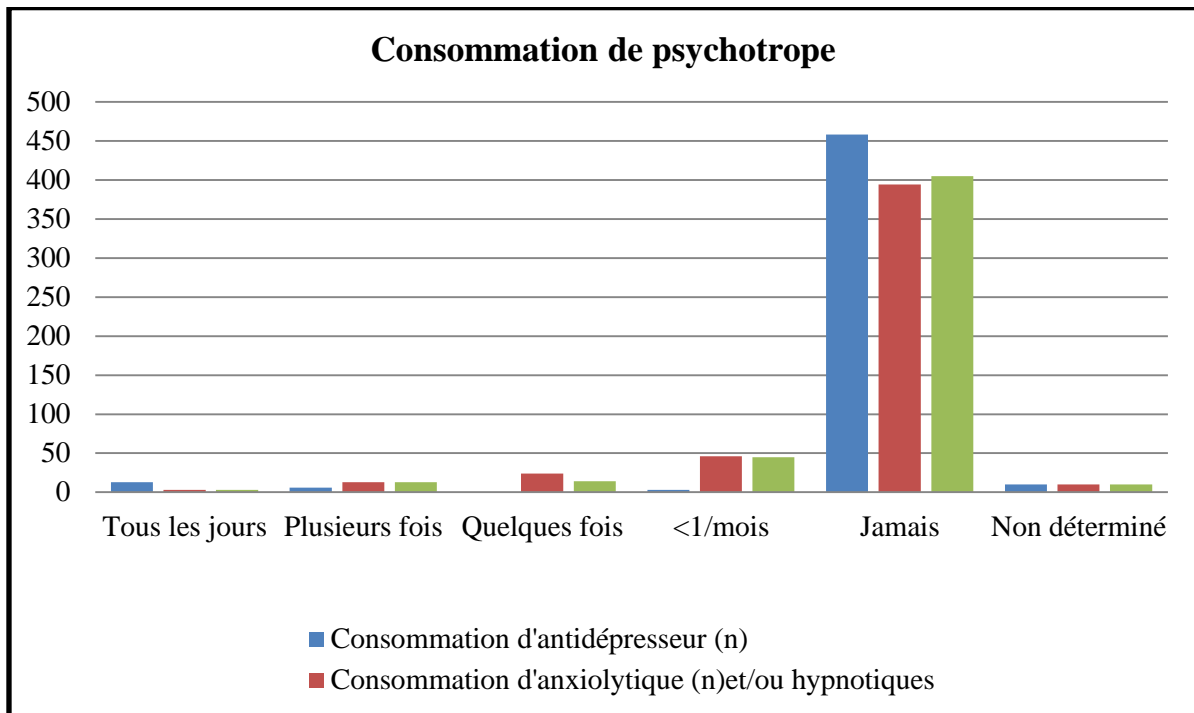
-Anxiolytiques et/ou hypnotiques: 0.6% des internes avouent en consommer tous les jours des anxiolytiques, 7.7% quelque à plusieurs fois par mois, et 9.6% moins d'une fois par mois (10 internes n'ont pas répondu soit 2%).

-Stupéfiants : 0.6% des internes avouent en consommer tous les jours, 5.6% quelques à plusieurs fois par mois, et 9.4% moins d'une fois par mois (10 internes n'ont pas répondu soit 2%).

Consommation d'alcool durant les 12 derniers mois

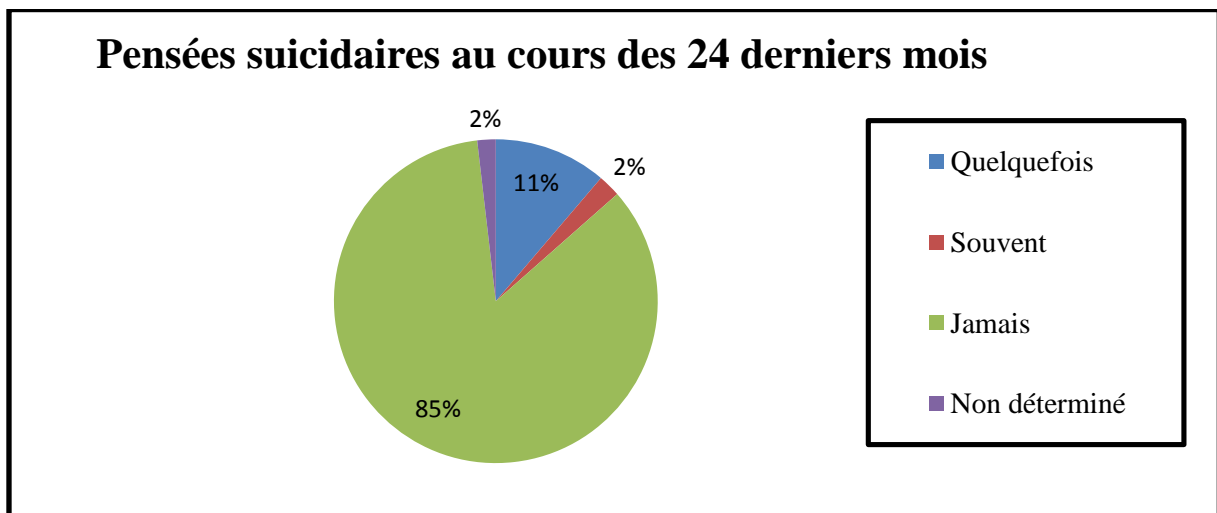


Consommation de psychotropes et toxiques durant les 12 derniers mois

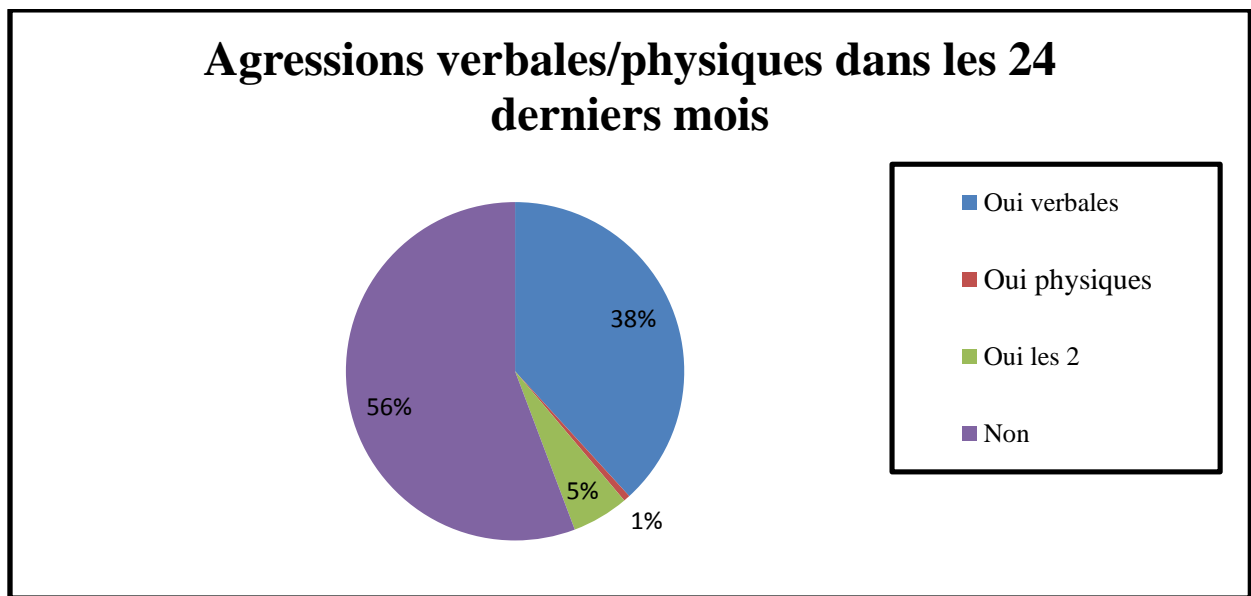


-Humeur et anxiété : **70.6%** des internes estiment avoir un bon ou assez bon moral, **29.4 %** décrivent leur moral comme passable voire mauvais (dont **2.1%** mauvais) (9 internes n'ont pas répondu soit 1.8%). Le moral s'est dégradé pour **51.8%** d'entre eux dans les 24 derniers mois (dont **18%** beaucoup), avec un travail en cause pour **50.2%** des cas (dont **18.9%** en totalité).

-Idéations et tentatives de suicide : **13%** des internes avouent des idéations suicidaires dont **2%** en disent en avoir souvent (10 internes n'ont pas répondu soit 2%), le travail en est la cause pour **21%** des cas. **1.7%** des internes disent avoir fait une tentative de suicide, dont **1** interne au cours des 2 dernières années.



-Agressions verbales et physiques : **38.2%** des internes disent avoir subis des violences verbales, **0.6%** des violences physiques, et **5.4%** les deux, avec une répercussion durable sur leur vie rapportée dans **18.7%** des cas, donc **3.7%** des répercussions importantes.



Perception du travail:

-Perception du travail : **77.8%** des internes se disent fortement passionnés par leur travail, **87.3%** trouvent fortement un sens et une utilité à leur travail.

1/3 (34.6%) des internes expriment avoir fortement des difficultés à concilier vie familiale et vie professionnelle, avec un sentiment d'isolement professionnel pour **13.6%** et personnel pour **15.1%** d'entre eux.

Les principaux éléments rapportés qui contribuent à ressentir des difficultés ou une lassitude professionnelle sont :

- « -la charge de travail (fortement pour **44.5%** des internes) ;
- la pression perpétuelle dans le travail (fortement pour **43.4%** des internes) ;
- la lourdeur des tâches administratives (fortement pour **41%** des internes) ;
- la mauvaise organisation professionnelle (fortement pour **40.5%** des internes) ;
- la faible reconnaissance de leur travail (fortement pour **34.6%** des internes) ;
- les exigences de la hiérarchie (fortement pour **28.2%** des internes) ;
- le poids psychologique de certaines situations (fortement pour **25.9%** des internes) ;
- le faible degré de liberté (fortement pour **24%** des internes) ;

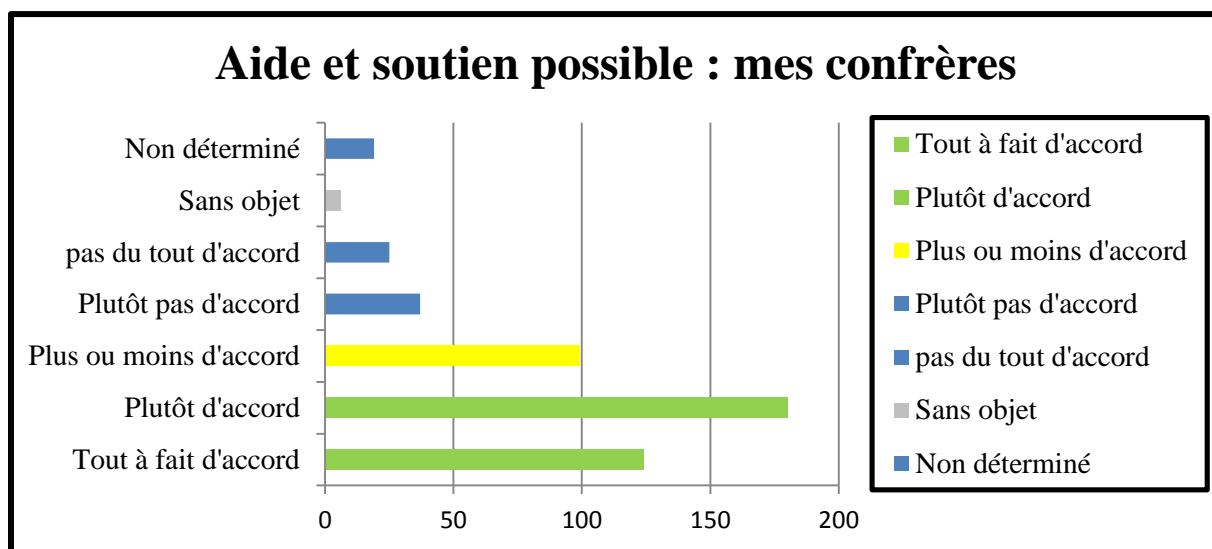
-l'image dévalorisée de la profession (fortement pour **21,8%** des internes). »

Souffrance psychique:

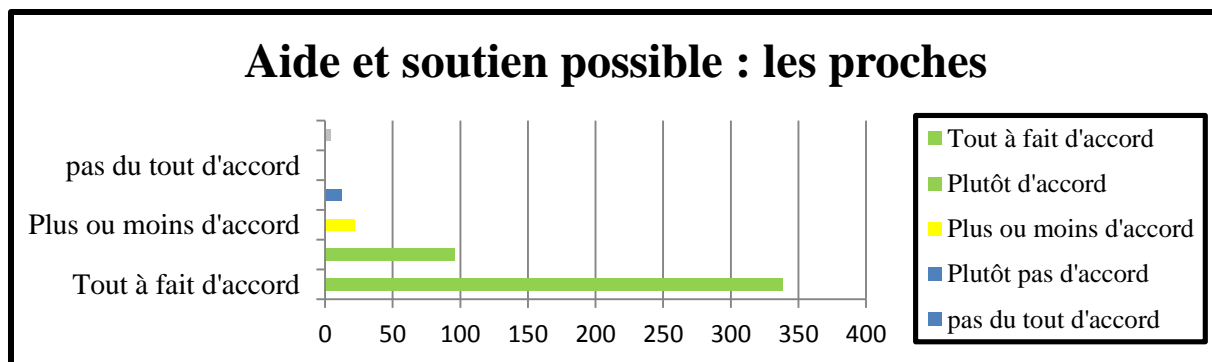
Les chiffres de la souffrance psychique* : Le test MHI-5 (Mental Health Inventory) est positif chez 106 internes soit un taux de **21.6 % des internes. A noter que **47.2%** des internes se sentent très régulièrement très nerveux, **19.8%** se sentent très régulièrement tristes et abattus, et **8.5%** très régulièrement si découragés que rien ne pourrait leur remonter le moral.

Aide et Soutien :

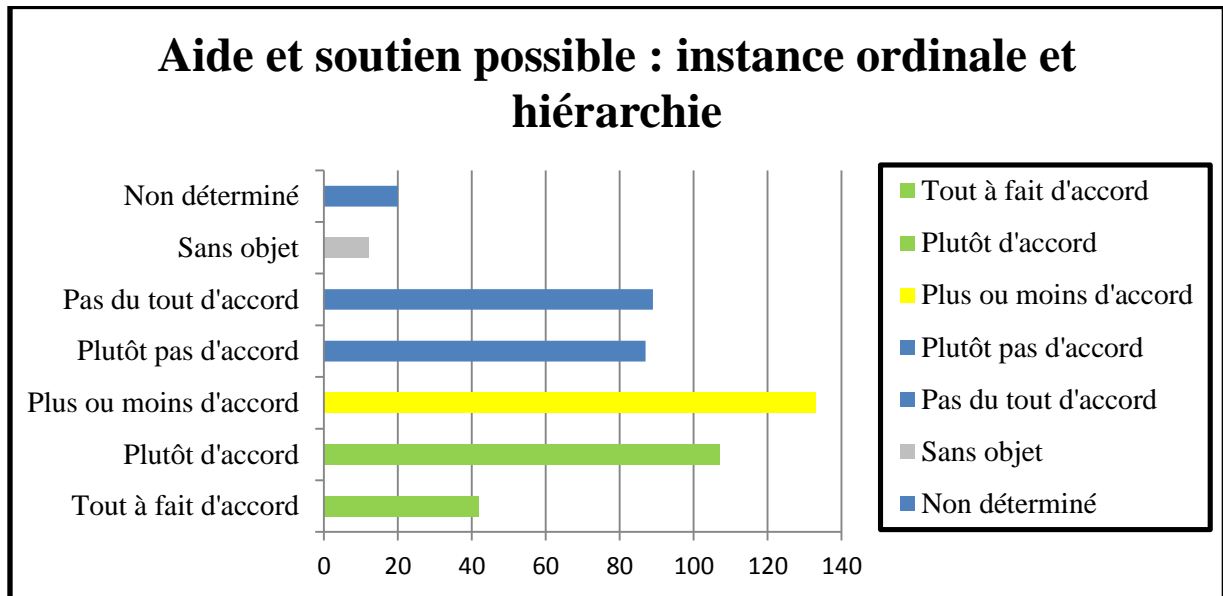
-Les confrères et les proches : **64.5%** des internes sont d'accord (dont **26.3%** de tout à fait d'accord) avec le fait que leurs confrères puissent être une aide et un soutien en cas de souffrance psychologique. **13.2%** ne sont pas d'accord avec cette proposition (19 internes n'ont pas répondu à cette question).



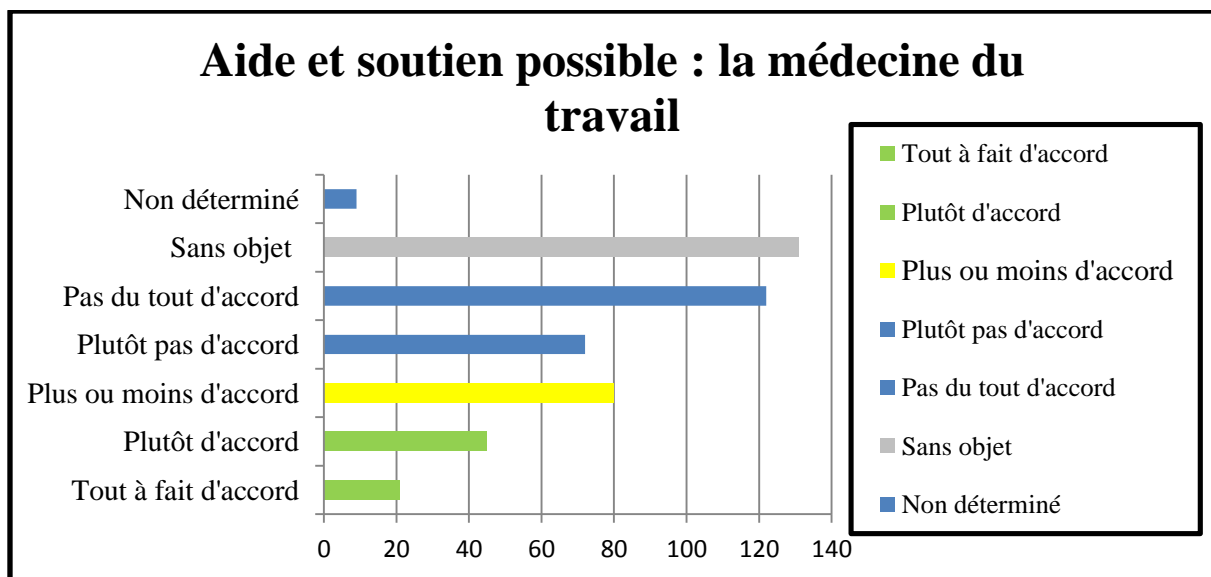
91.9% des internes dont **71%** de tout à fait d'accord) sont d'accord avec le fait que les proches peuvent être une aide et un soutien psychologique. Seulement **2.5%** des internes ne sont pas d'accord avec cette proposition (18 internes n'ont pas répondu à cette question).



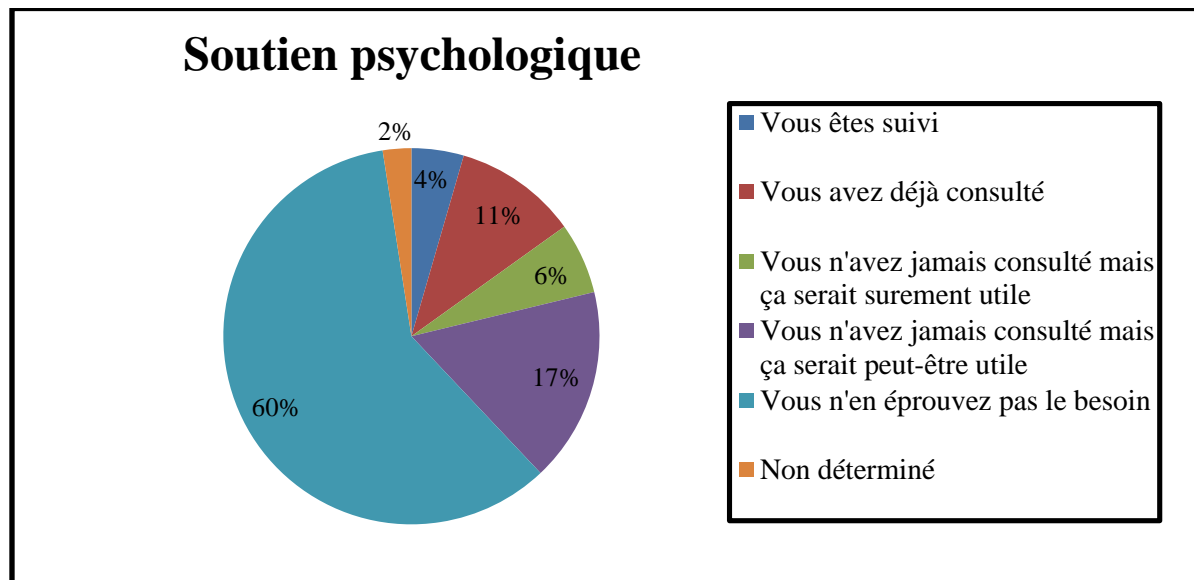
-Les instances ordinales et la hiérarchie : **37.4%** des internes estiment ne pas être d'accord avec la proposition que leur hiérarchie puisse être une aide et un soutien (dont **18.9%** en cas de souffrance, **31.7%** sont d'accord et **28.3%** de plus ou moins d'accord (20 internes n'ont pas répondu à cette question).



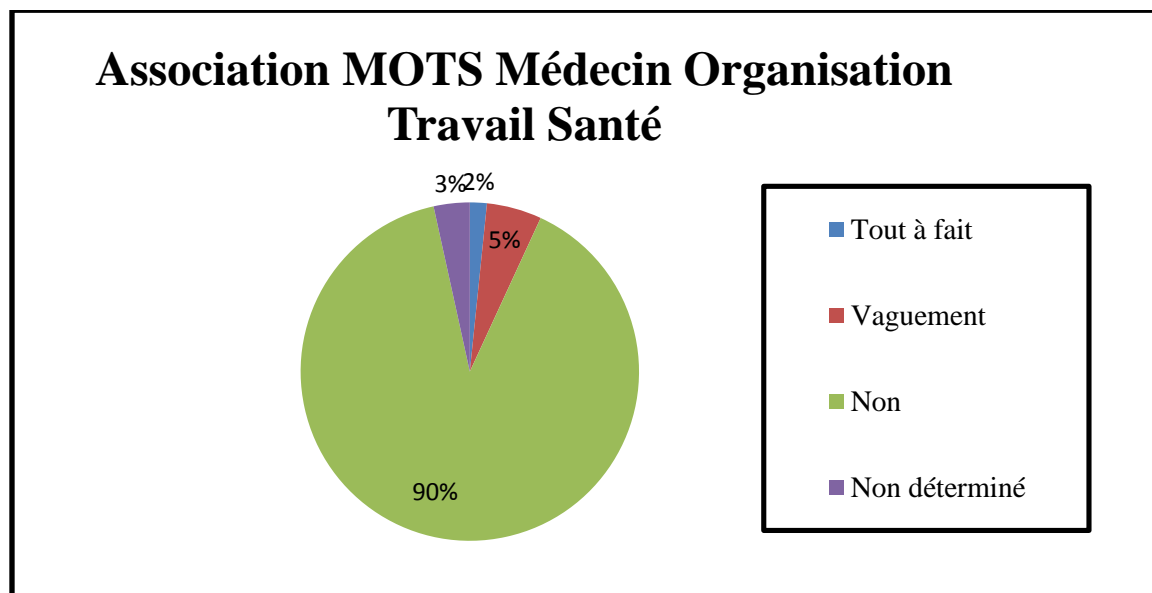
-La médecine du travail : **41.7%** des internes ne sont pas d'accord avec le fait que la médecine du travail est un soutien en cas de souffrance psychique, **17%** plus ou moins d'accord, et **14.1%** sont d'accord avec cette proposition. **27.8%** des internes ont répondu sans objet à cette question (9 internes n'ont pas répondu à cette question).



-Soutien médical : **4%** des internes rapportent d'ores et déjà un suivi psychologique, **11%** disent avoir déjà consulté pour un soutien psychologique et **23%** n'ont jamais consulté mais estiment que cela pourrait être sûrement ou peut-être utile. **60%** disent ne pas éprouver le besoin (12 internes n'ont pas répondu à cette question).

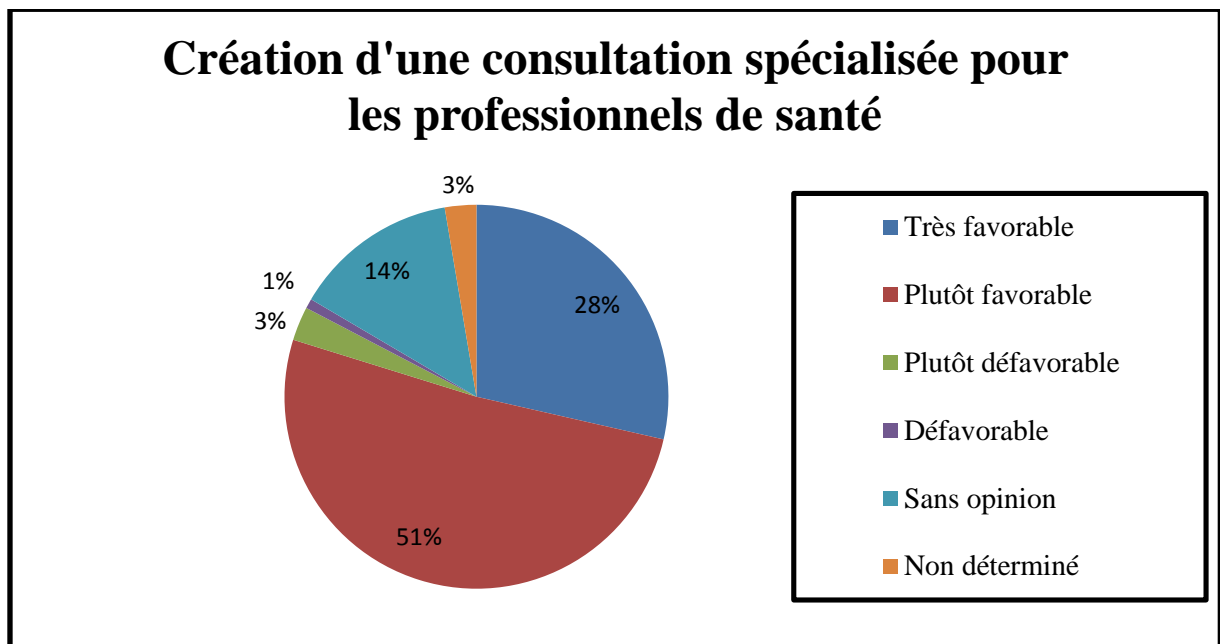


-Soutien associatif : **92.9%** des internes ignore l'existence de l'association MOTS (Médecins Organisation Travail Santé), **5.5%** disent la connaître vaguement, et **1.7%** estiment connaître tout à fait en quoi consiste leur travail (13 internes n'ont pas répondu).



-Consultation spécialisée : **82%** des internes se disent favorables (dont **29.4%** de très favorables) et **3.7%** sont défavorables à la création d'une consultation spécialisée dédiée aux professionnels de santé

dans un lieu neutre et confidentiel. **14.3%** sont sans opinion par rapport à cette question (13 internes n'ont pas répondu à cette question).

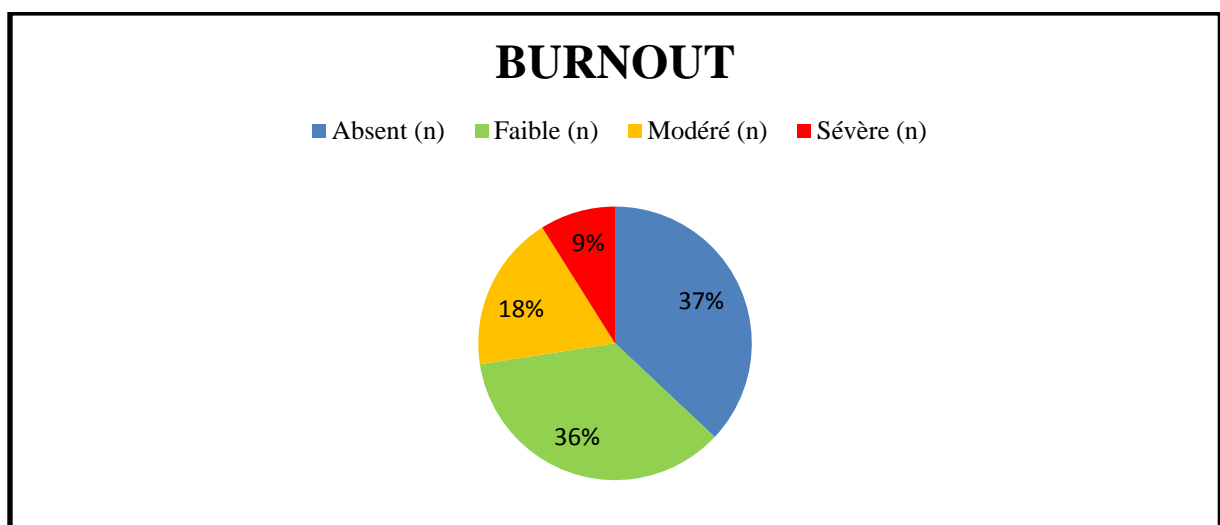


-Le burnout :

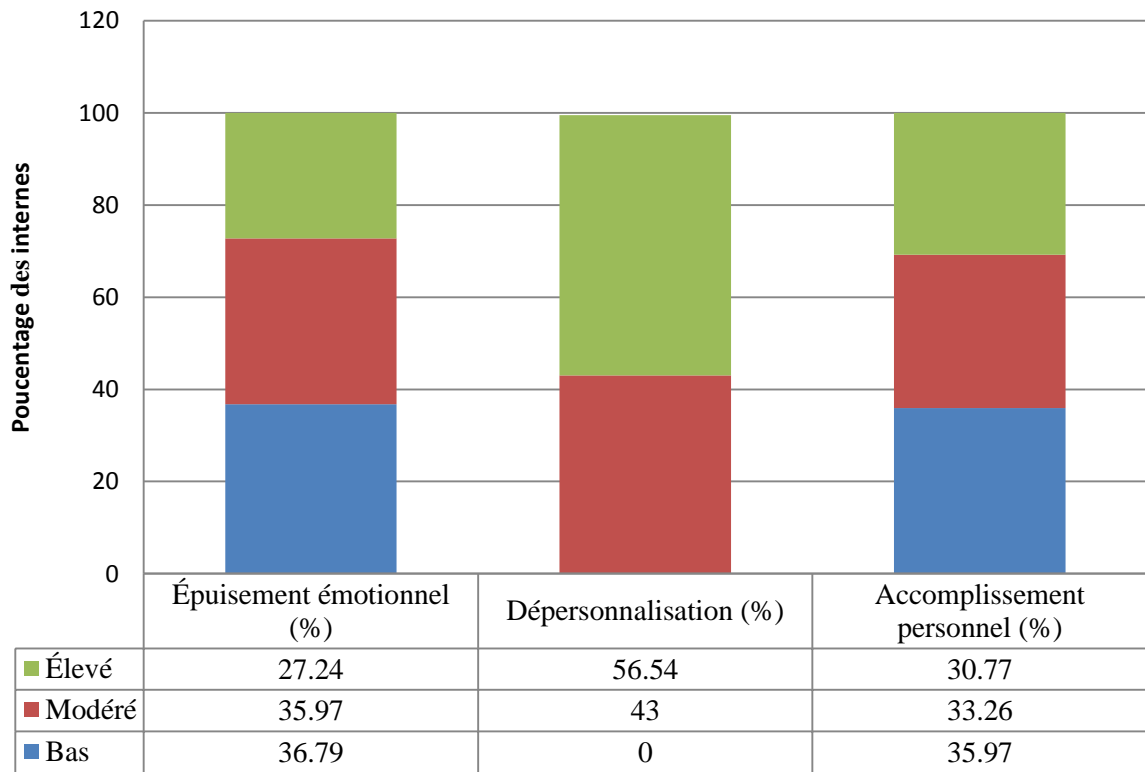
*Les chiffres pour :

- *l'épuisement émotionnel* : On retrouve un taux de **20%** d'internes qui présentent un score élevé d'épuisement émotionnel, **40%** des internes présentent un score élevé de *dépersonnalisation* de la relation avec les patients, et **35%** des internes présentent une forte baisse du sentiment *d'épanouissement dans le travail*.

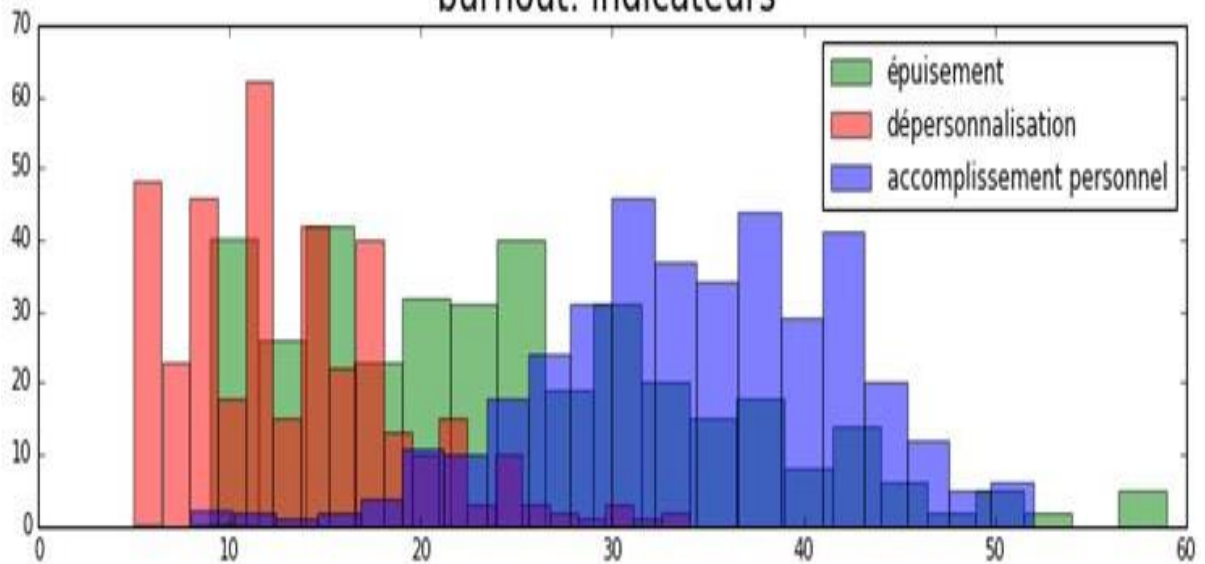
* *Les chiffres du burnout* : Un burnout est retrouvé chez **61.9%** des internes dont **35.5%** des internes en burnout faible (n=171), **18.5%** en burnout modéré (n=89) et **8.9%** d'internes en burnout sévère (n=43)

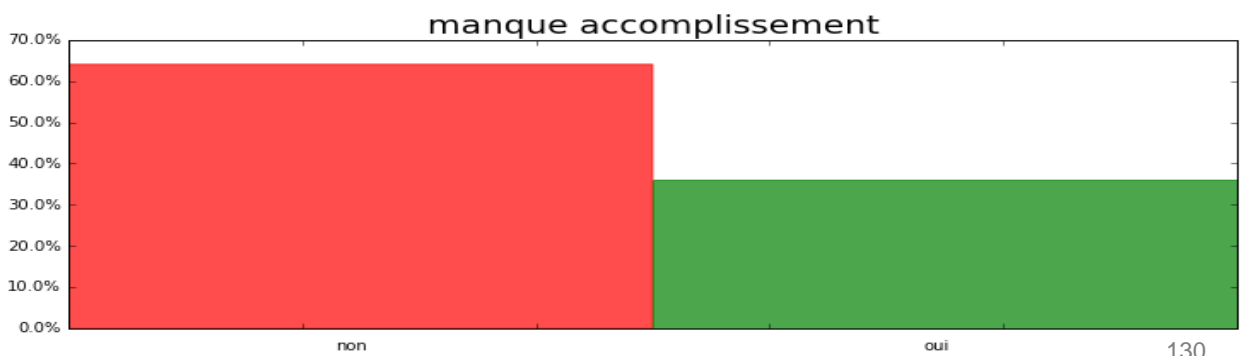
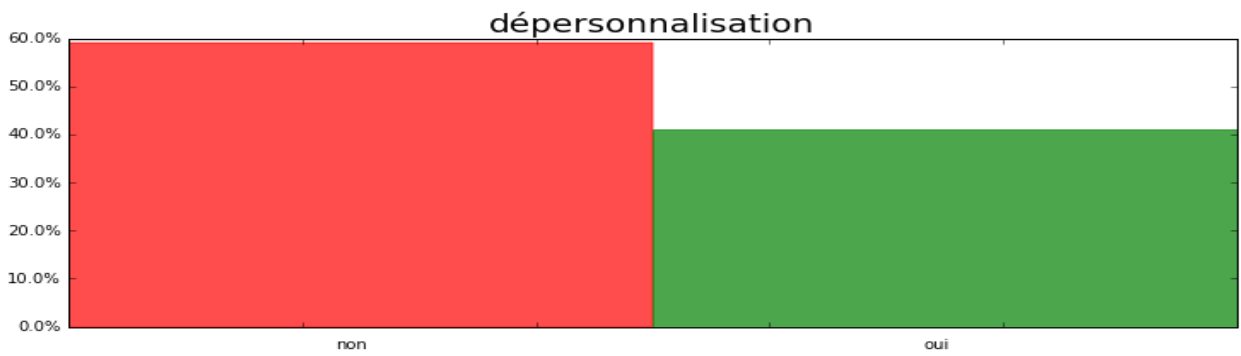
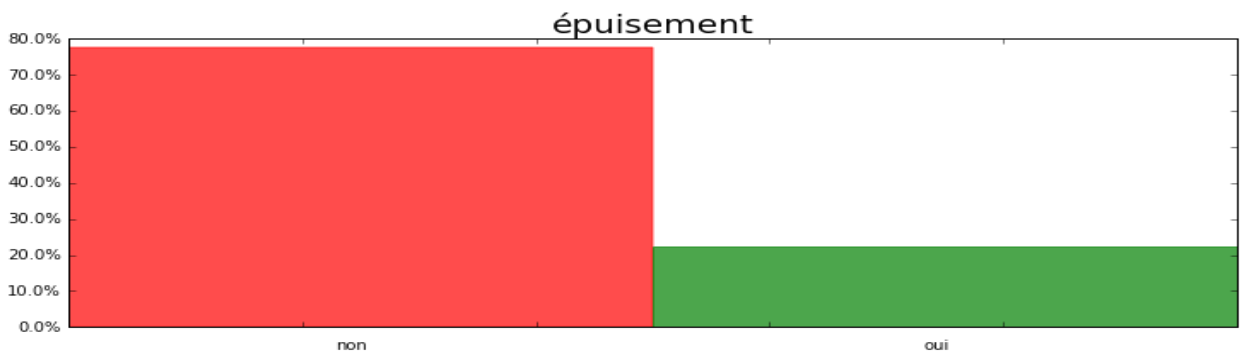
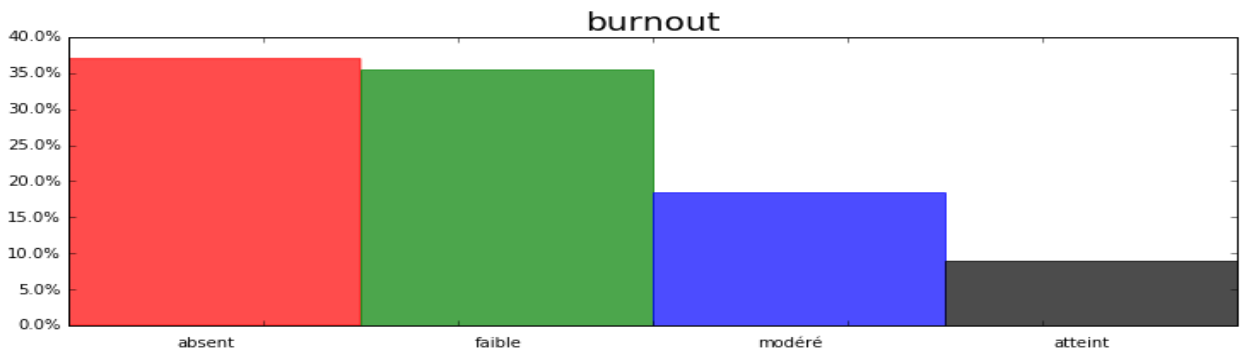
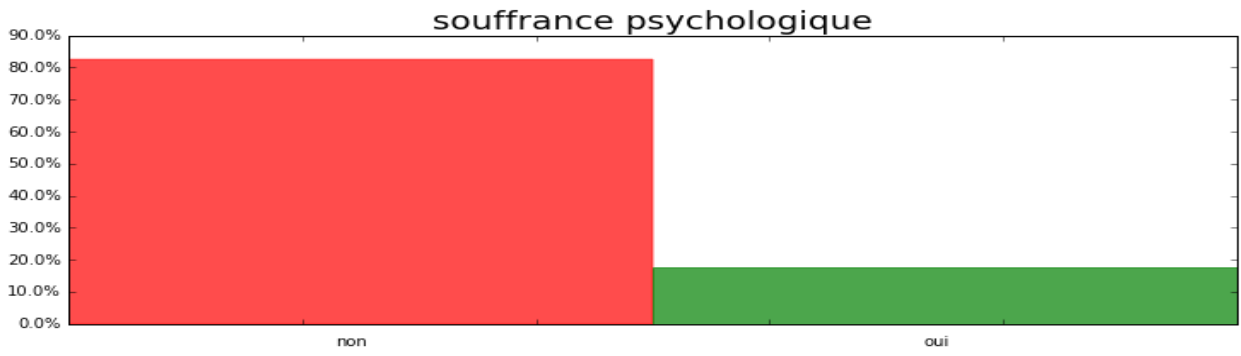


Composante du burnout



burnout: indicateurs





6.3.2. Analyse du sous-groupe «internes avec idées suicidaires et/ou tentatives de suicide »

On a mesuré par chi2 la corrélation entre les caractéristiques mesurées par l'étude et les caractéristiques (tentative de suicide et idées suicidaires). Les 10 plus fortes corrélations sont :

- « -l'évaluations des idées suicidaires, et plus spécifiquement dans les 24 derniers mois ;
- l'évaluation de la cause professionnelle ou non ;
- la spécialité ;
- la consommation de tabac, anxiolytique, antidépresseurs, stupéfiants ;
- le taux de burnout au MBI ;
- l'évaluation de l'isolement professionnel. »

**Le sexe :*

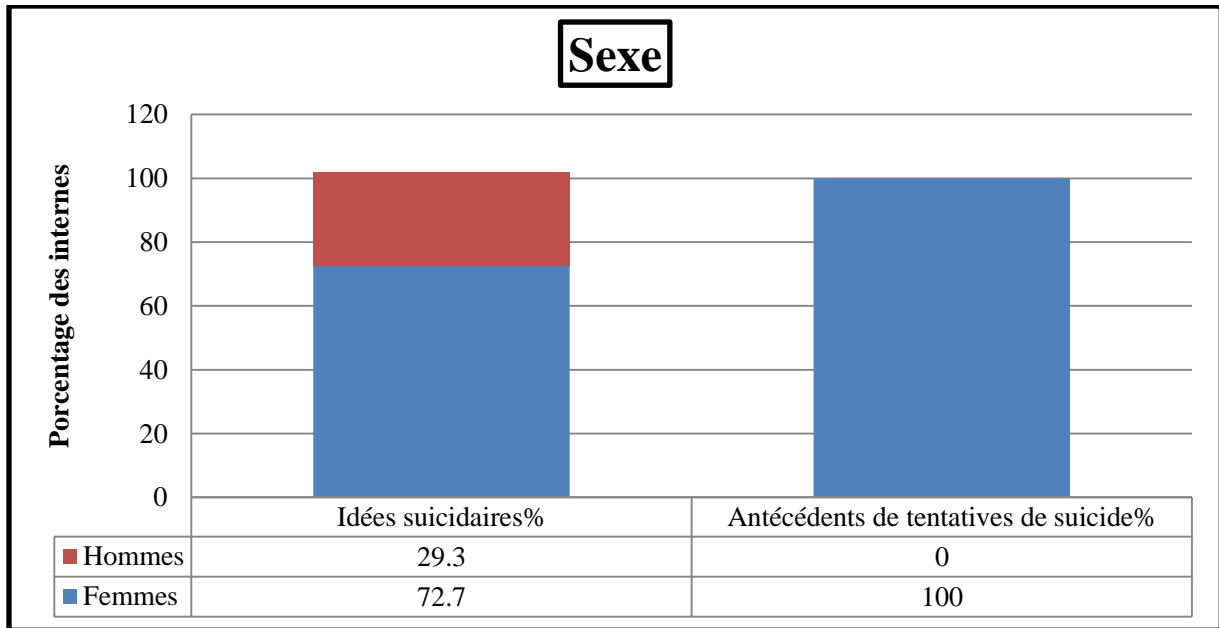
72.7% des internes présentant des idées suicidaires dans les 24 derniers mois sont représentés par des femmes (dont 10.6% en ont souvent).

La totalité des internes ayant eu des tentatives de suicides sont des femmes (100%).

Corrélation :

La différence entre les deux groupes n'est pas significative (khi-deux=1.485, ddl=1, p= 0,223). On ne peut pas conclure que le genre influence les réponses à la question « idées suicidaires ».

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Khi-deux	Valeur p	<0.05= *
Idées suicidaires	« Femme »	324	48	1.485	P=0.223	
	« Homme »	166	18			

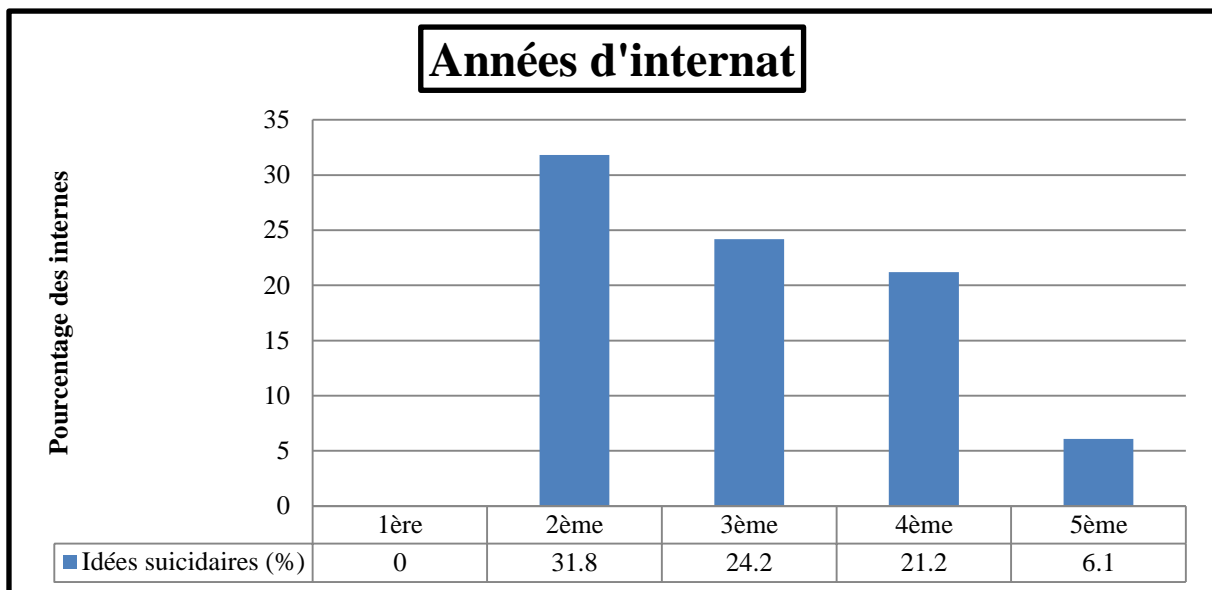


*l'année d'internat :

L'année d'internat ayant le plus d'internes avec des idées suicidaires dans les 24 derniers mois est la deuxième année.

Corrélation :

Le test de Fisher affirme que la différence entre les deux groupes n'est pas significative ($p=0.4055$). On ne peut pas conclure que l'année d'internat influence les réponses à la question « idées suicidaires ».



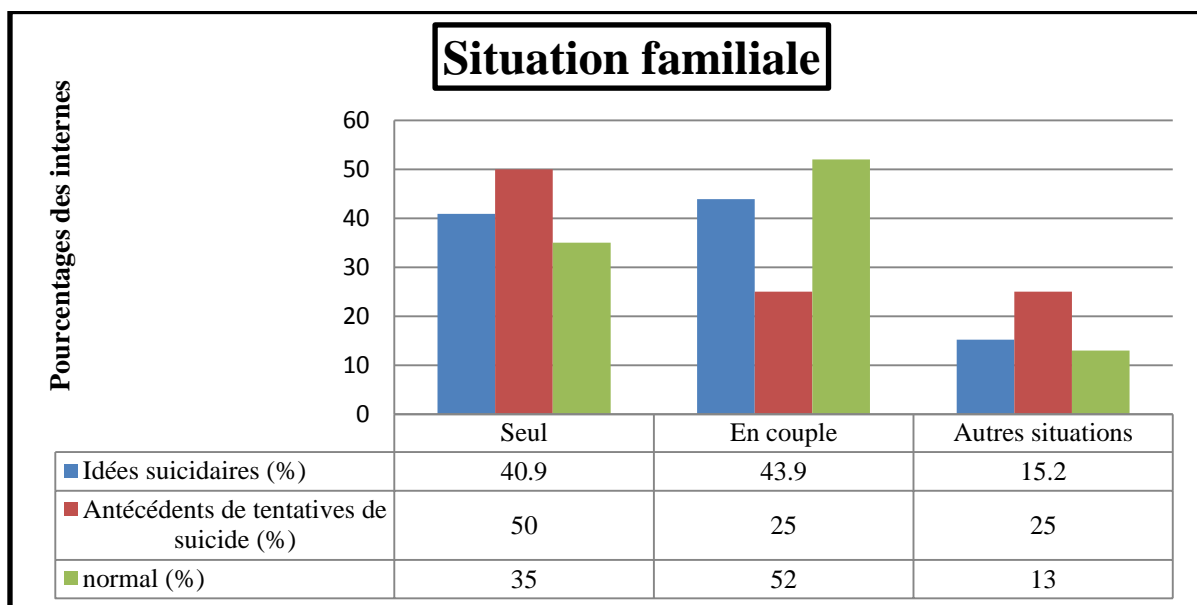
*Situation familiale :

Les internes présentant des idées suicidaires dans les 24 derniers mois sont dans 43.9% en couple, 40.9% seuls et 15.2% dans une autre situation (seul avec enfant, ou autre membre de la famille Etc.). Les internes avec des antécédents de tentatives de suicide sont plus fréquemment seuls (50%).

Corrélation :

La différence entre les 2 groupes n'est pas significative (Khi-2=1.53, ddl=2, p=0.465). On ne peut pas conclure que la situation familiale influence les idées suicidaires.

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Khi-deux	Valeur p	<0.05= *
Idées suicidaires	Seul	175	27	1.53	P=0.465	
	En couple	250	29			
	Autres	65	10			



*La spécialité :

Les spécialités les plus représentées chez les internes souffrant d'idées suicidaires dans les 24 derniers mois sont :

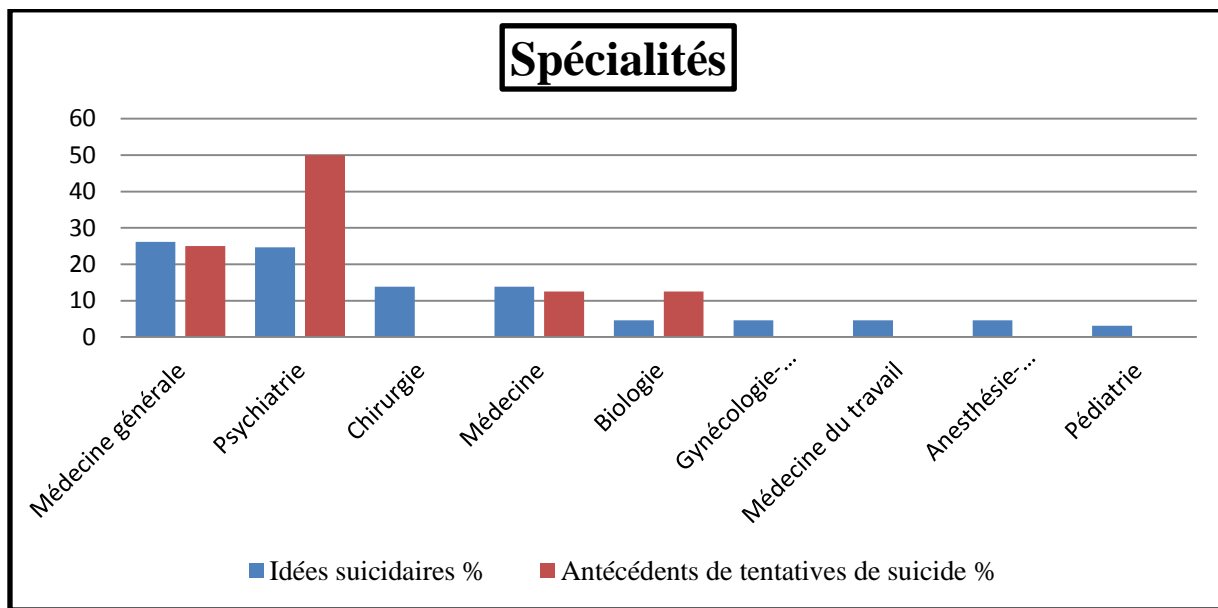
- «- les internes de médecine générale (26.2%) ;
- les internes de psychiatries (24.6%) ;
- les internes de chirurgie (13.9%) et de médecine (13.9%) ;

- les internes d'anesthésie-réanimation (4.6%), de gynécologie-obstétrique (4.6%), de médecine du travail (4.6%) et de biologie (4.6%) ;
- 3.1% les internes de pédiatrie. »

Concernant les antécédents de tentatives de suicide : 50% sont des internes de psychiatries, 25% de médecine générale, 25% de biologie, et 25% de médecine.

Corrélation :

Le test de Fisher affirme qu'il existe une **différence significative** entre les différentes spécialités (p=0.0461).



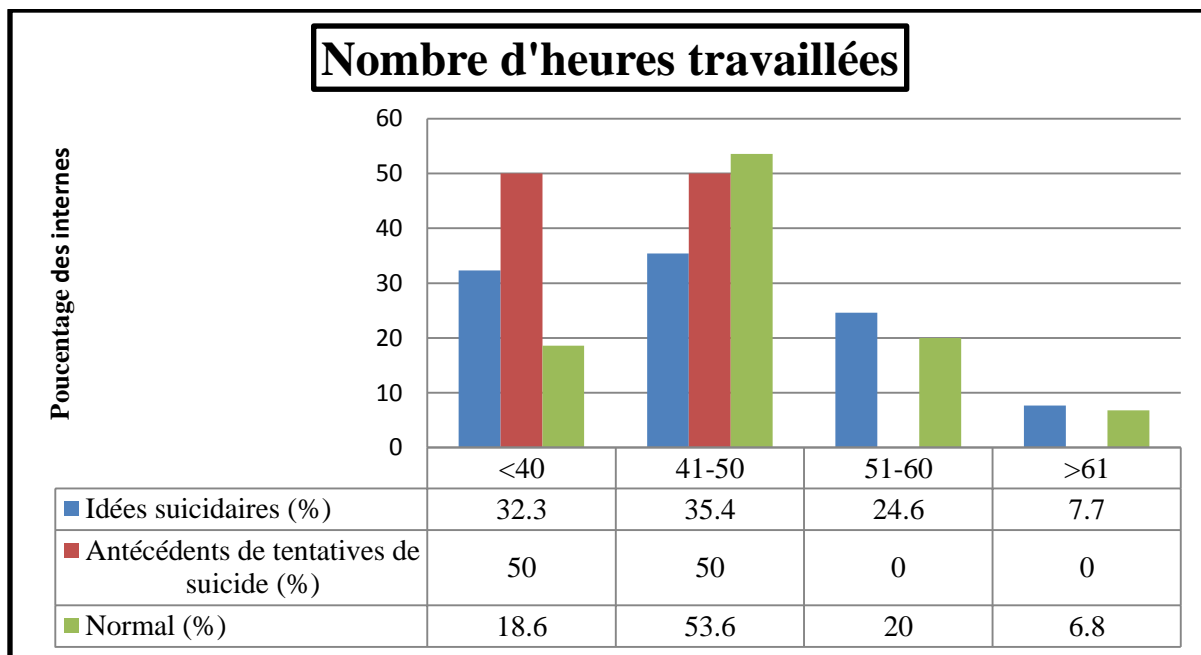
*Nombre d'heures travaillées :

60% des internes présentant des idées suicidaires travaillent entre 41 et 60h, 32.3% moins de 40 h (dont 6 internes soit 9.2% moins de 12h), et 7.7% plus de 61h. Les internes ayant des antécédents de suicide, travaillent en majorité (50%) moins de 40h.

Corrélation :

La différence entre les 2 groupes est **significative** (Khi-2=12.95, ddl=3, p=0.0047). On peut conclure que le nombre d'heures travaillées influence les idées suicidaires.

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Khi-deux	Valeur p	<0.05= *
Idées suicidaires	<40h	91	21	12.95	P=0.0047	*
	41-50h	262	23			
	51-60h	65	16			
	>61h	33	5			



* *Travail en cause* : le travail est incriminé dans 75.8% des cas chez les internes avec idéations suicidaires (dans 21% des cas chez tous les internes). C'est le facteur exclusif dans 22.7% des cas (6.6% de l'ensemble des internes).

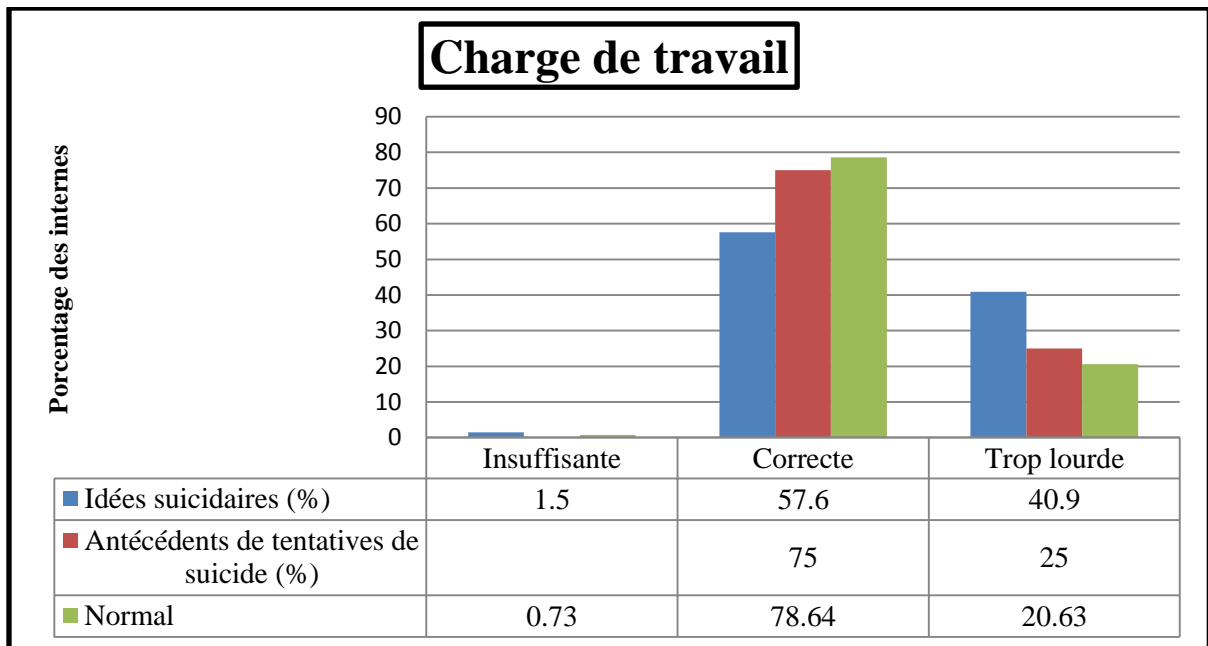
*Charge de travail :

57.6% des internes présentant des idées suicidaires au cours des 24 derniers mois, trouvent leur charge de travail correcte, 40.9% trop lourde. Parmi ceux ayant eu des antécédents de tentative de suicide, ils sont 75% à la trouver correcte et 25% trop lourde.

Corrélation :

La différence entre les 2 groupes est **significative** (Khi-2=11.49, ddl=1, p=0.0007). On peut conclure que la charge de travail influence les idées suicidaires.

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Khi-deux	Valeur p	<0.05= *
Idées suicidaires	Correcte	214	38	11.49	P=0.0007	
	Trop lourde	73	27			

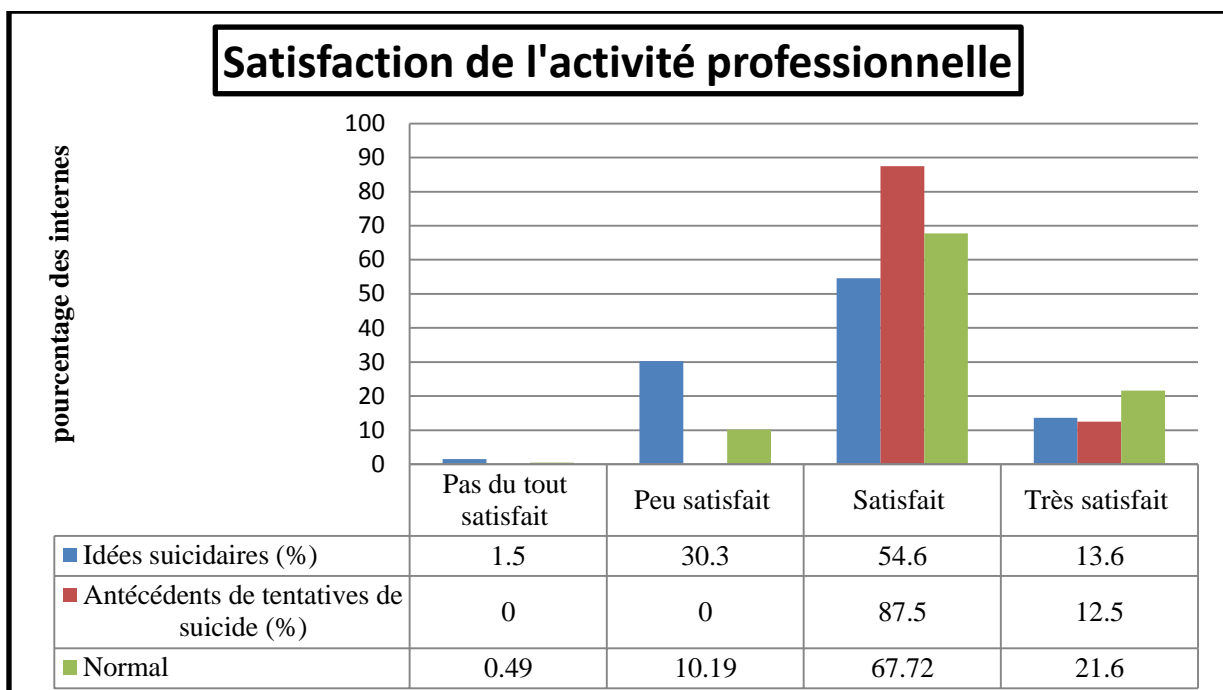


*Satisfaction de l'activité professionnelle :

68.2% des internes avec idées suicidaires dans les 24 derniers mois, se disent satisfaits de leur travail, 31.2% non satisfaits. 100% des internes avec antécédents de tentatives de suicide se disent satisfait de leur activité professionnelle.

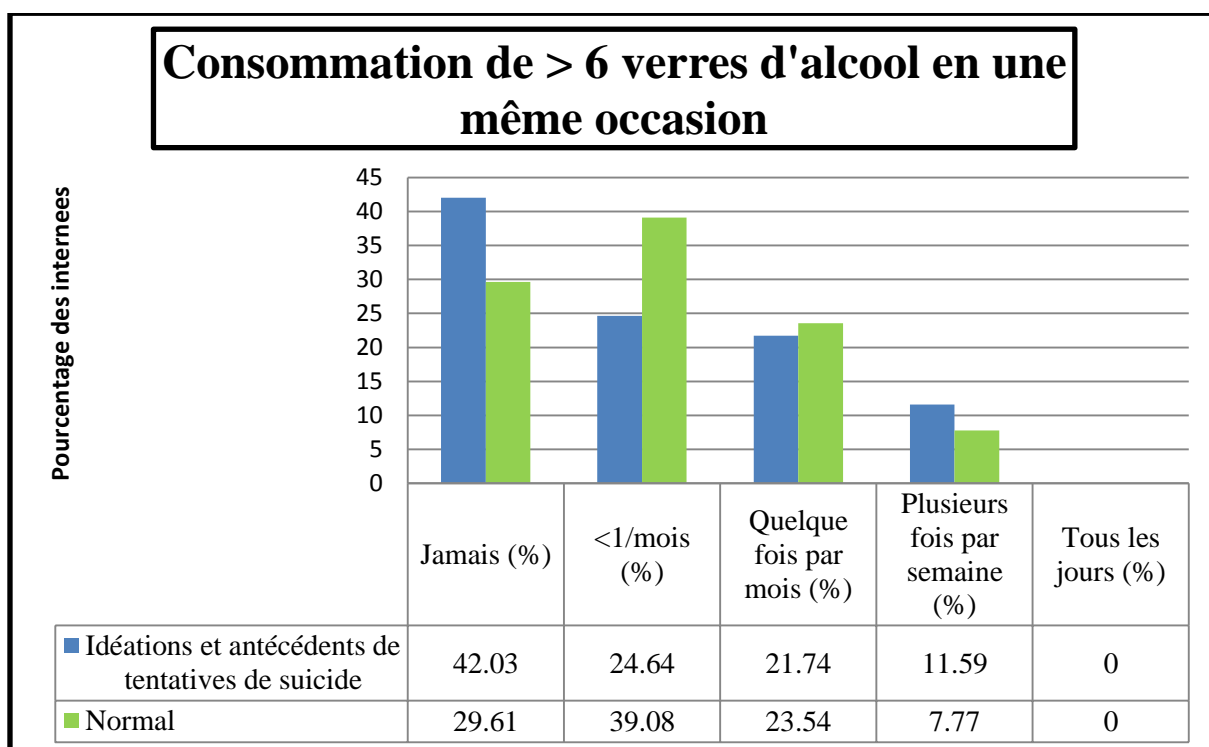
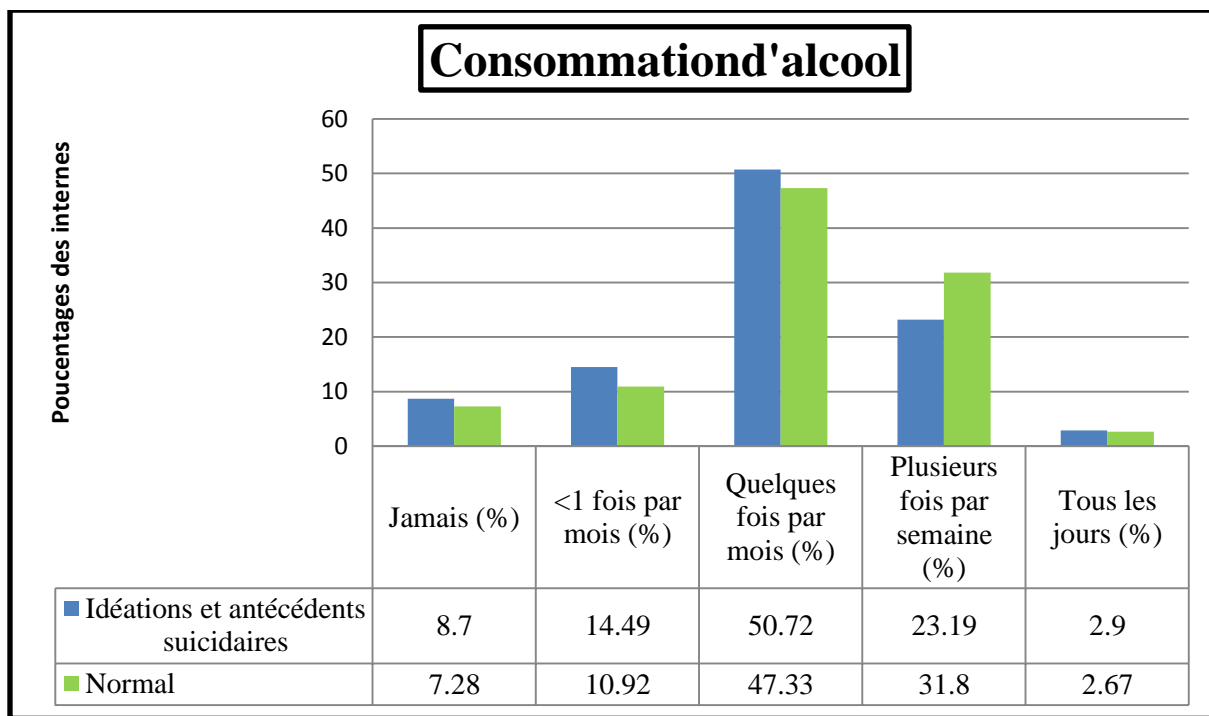
Corrélation :

Le test de Fisher montre une différence entre les 2 groupes **significative** ($p=0.00092$). On peut conclure que la satisfaction professionnelle est corrélée avec les idées suicidaires.



*Consommation d'alcool :

2.9% des internes avec idéations ou antécédents suicidaires consomment de l'alcool tous les jours, contre 2.67% chez les internes sans la composante suicide. 55.07% des internes avec antécédents de suicide ou idéations suicidaires, boivent plus de 6 verres d'alcool en une même occasion, contre 31.31% chez les internes non suicidaires.

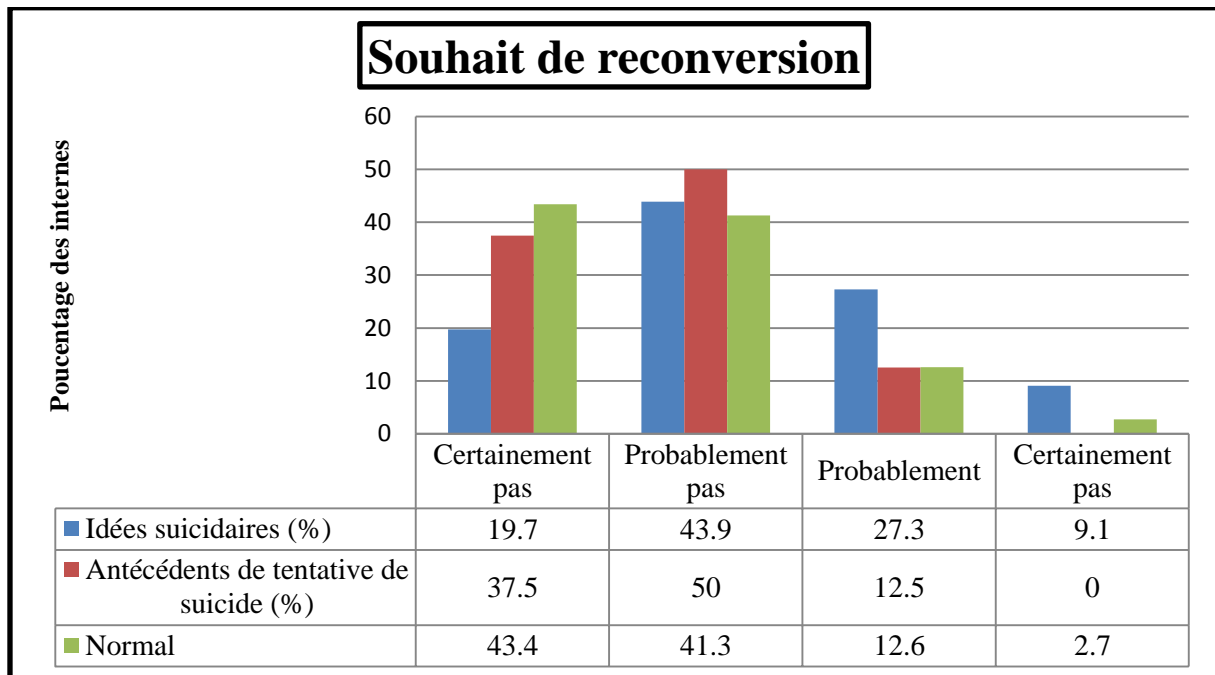


*Souhait d'une reconversion :

36.36% des internes avec idées noires dans les 2 ans, pensent à un changement d'activité professionnelle. 12.5% des internes avec antécédents suicidaires y pensent probablement.

Corrélation :

Le test de Fisher montre une différence entre les 2 groupes **significative** ($p=0.000684$). On peut conclure que le souhait de reconversion est corrélé avec les idées suicidaires.



*Moral actuel :

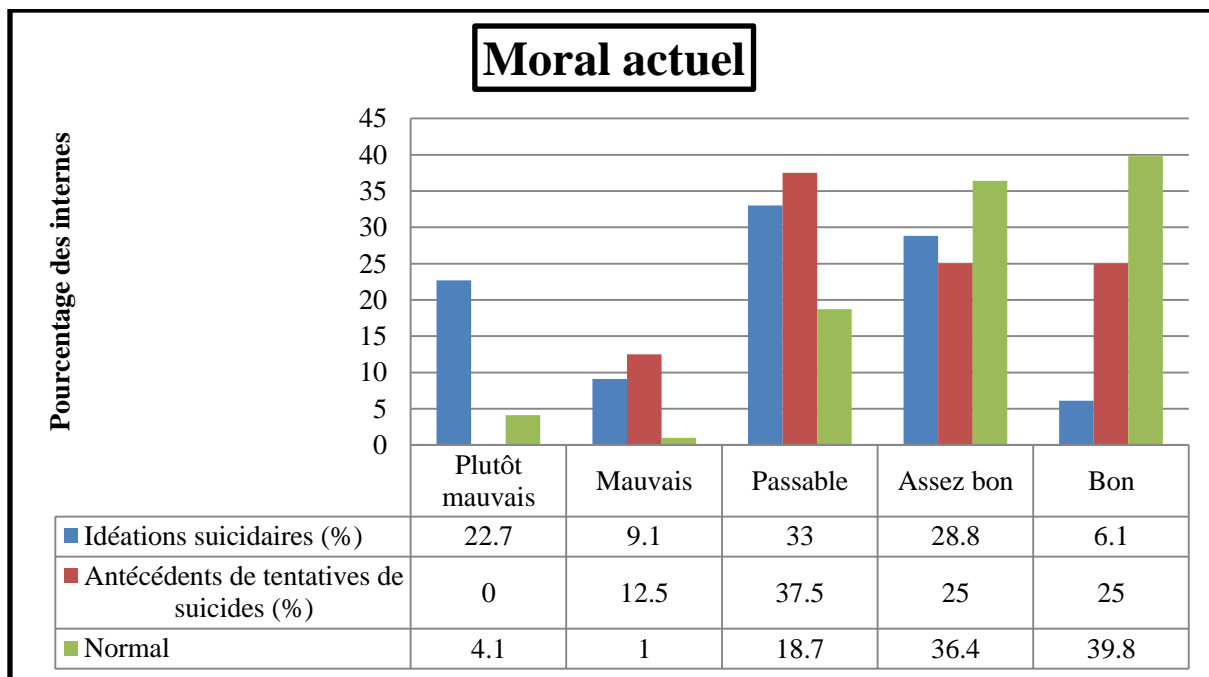
64.8% des internes avec idéations suicidaires dans les 24 derniers mois, ont un moral décrit comme passable voire mauvais dont 22.7% très mauvais. Concernant les internes avec antécédents de tentatives de suicide : il y a 50% avec un bon moral actuel, 37.5% décrit comme passable et 12.5% de mauvais.

Corrélation :

Le test de Fisher affirme que la différence entre les deux groupes **est significative** ($p= 2.32E-16$). On peut conclure que le moral actuel influence les réponses à la question idées suicidaires.

*Dégradation du moral dans les 24 derniers mois :

Corrélation : La différence entre les 2 groupes n'est **pas significative** ($Khi-2=54.14$, $ddl=2$, $p=1.745$). On ne peut conclure que la dégradation du moral soit corrélée avec les idées suicidaires.



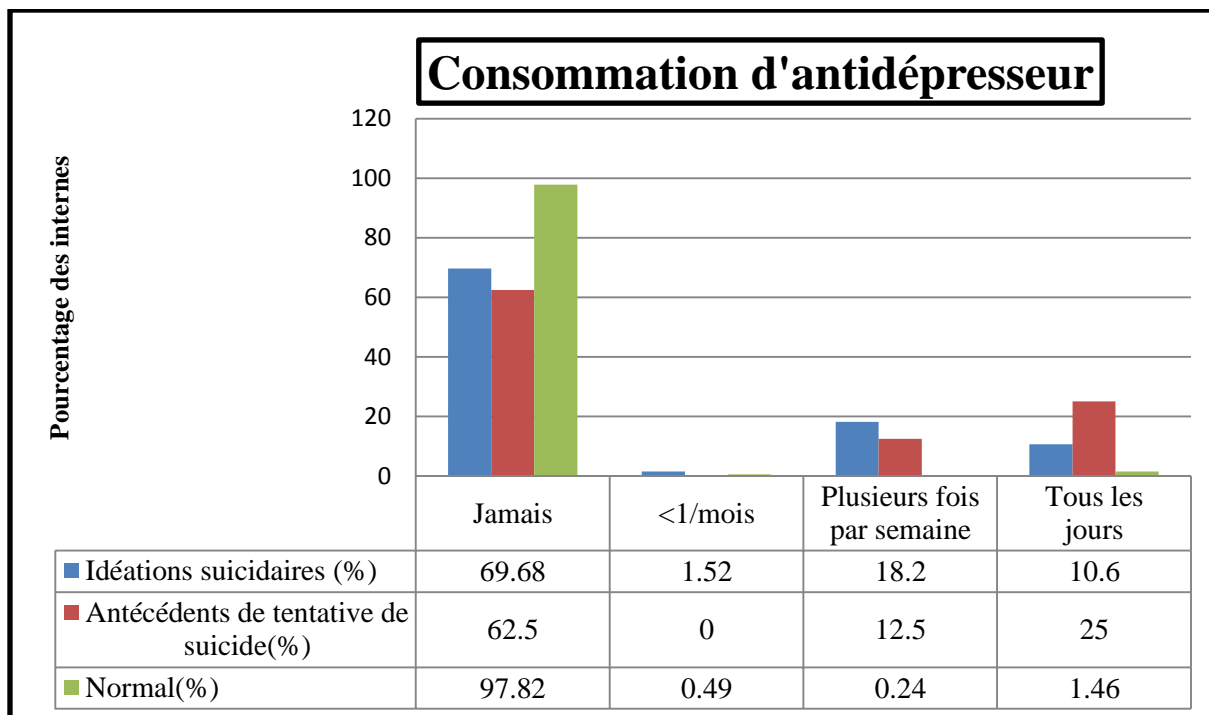
*Consommation de tabac et psychotropes :

Les internes avec idéations suicidaires dans les 24 derniers mois sont dans 16.7% des cas des fumeurs. Il y a 37.5% de fumeurs quotidiens chez les internes avec antécédents de tentatives de suicide. Chez les non suicidaires il y a 76.46% de non-fumeurs.

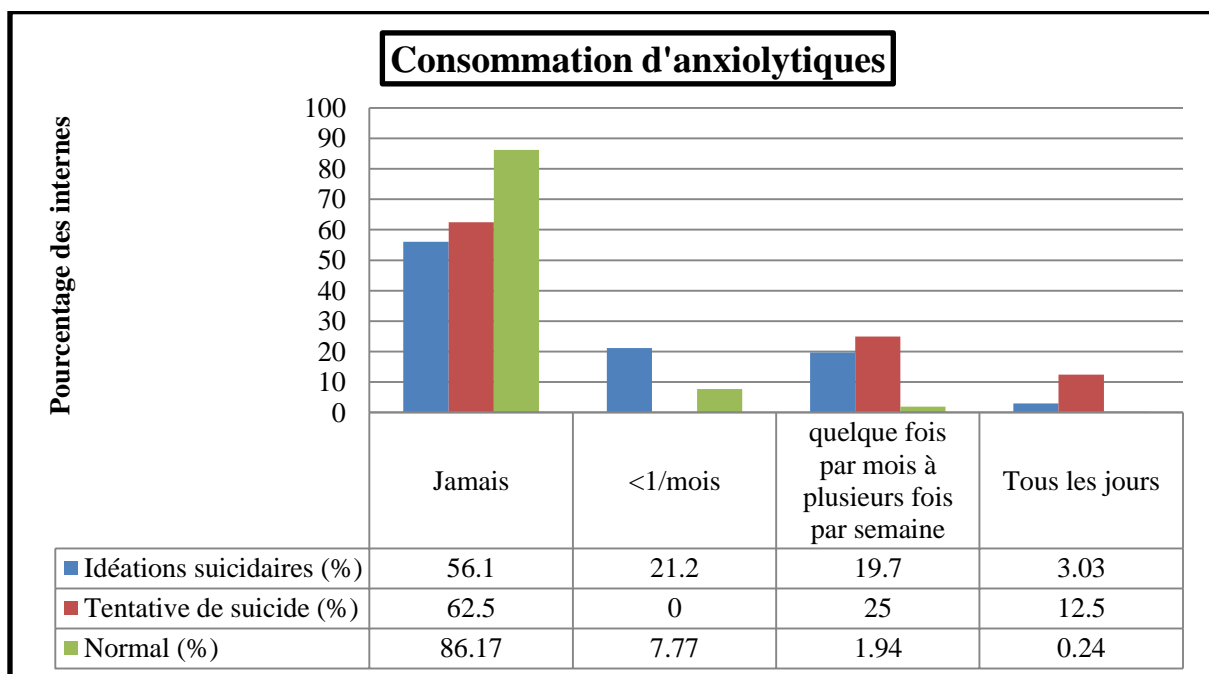
Les internes avec idéations suicidaires consomment des antidépresseurs dans 19.52% des cas : 10.56% ont une consommation quotidienne, 18.2% en consomment plusieurs fois par mois. Il y a 37.5% des internes avec antécédents de tentatives de suicide qui consomment des antidépresseurs dont 25% tous les jours.

Corrélation :

Le test de Fisher ne montre pas de différence significative entre les 2 groupes pour la consommation d'antidépresseurs ($p=1.291$), d'anxiolytiques et d'hypnotiques ($p=1.382$). On ne peut pas conclure que la consommation d'antidépresseur, d'anxiolytique soit corrélée avec idées suicidaires. Le test de Fisher montre une différence significative ($p=0.05$) pour la consommation de stupéfiants.

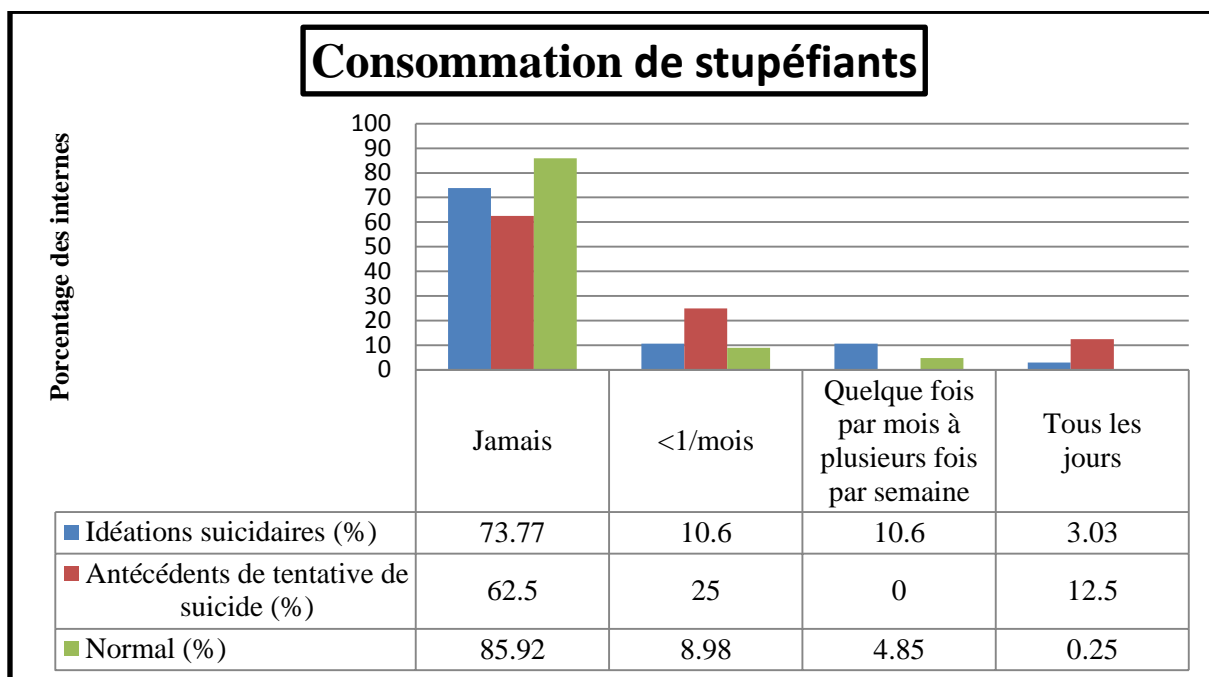


43.9% des internes avec idéations suicidaires dans les 24 derniers mois consomment des anxiolytiques ou hypnotiques, dont 3.03% de façon quotidienne, 19.7% plusieurs fois par mois à plusieurs fois par semaine, et 21.2% moins d'une fois par mois. 37.5% des internes avec antécédents de tentative de suicide consomment des anxiolytiques, dont 12.5% tous les jours.



24.23% des internes avec idées suicidaires dans 24 derniers mois, consomment des stupéfiants, dont 3.03% tous les jours, 10.6% quelques fois par mois à plusieurs fois par semaine, et

10.6% moins d'une fois par mois. 37.5% des internes avec antécédents de tentative de suicide consomment des stupéfiants dont 12.5% tous les jours.



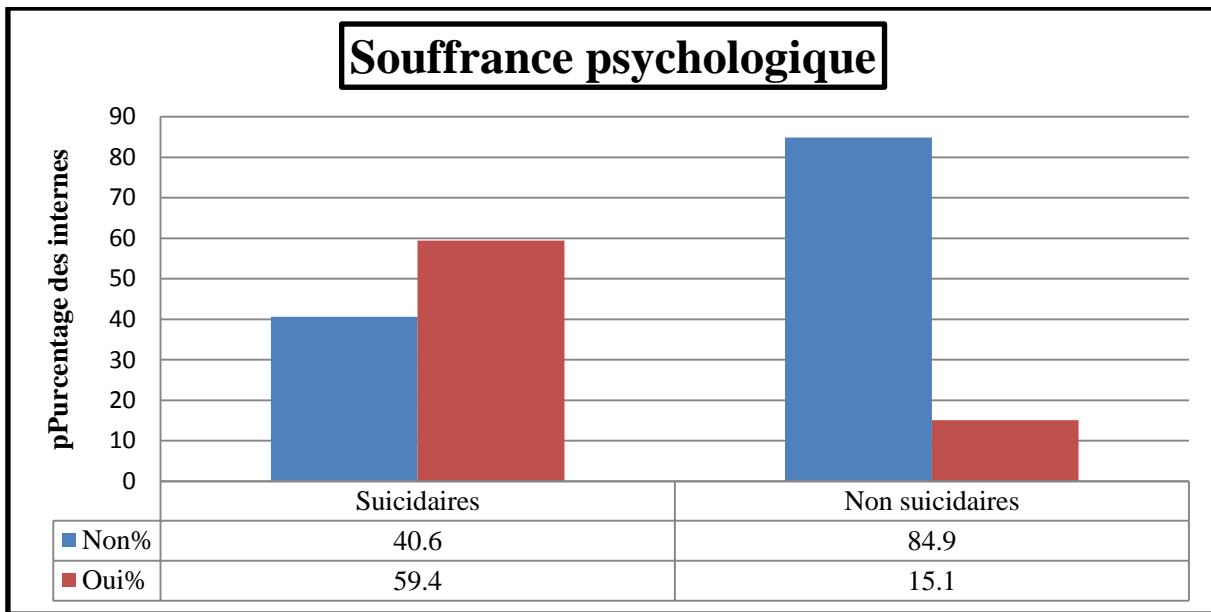
**Les chiffres de la souffrance psychologiques :*

Les internes avec idéations suicidaires dans les 24 derniers mois présentent un état de souffrance psychologique (score pathologique au test MH-5) dans 59,4% des cas, contre 15.1% chez les internes non suicidaires.

Corrélation :

La différence entre les 2 groupes est significative (Khi-2=66.59, ddl=1, p= 3.346E-16.). On peut conclure que la souffrance psychologique influence les idées suicidaires.

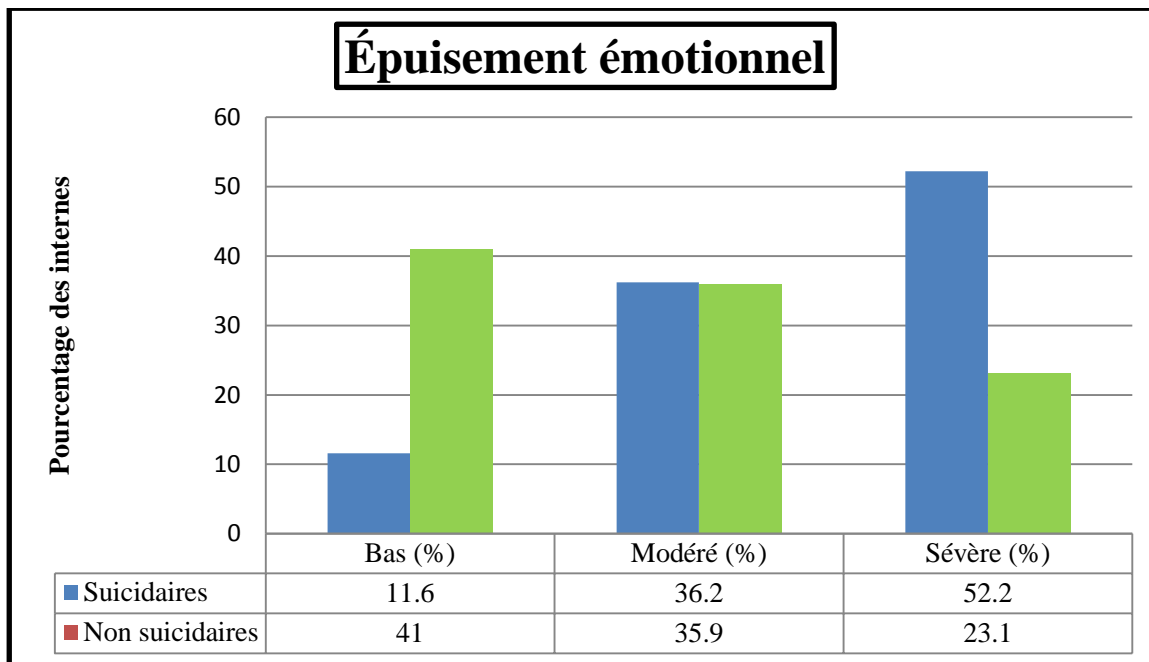
Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Khi-deux	Valeur p	<0.05= *
Idées suicidaires	Souffrance psychologique positive	103	39	66.59	P=3.346E-16	*
	Souffrance psychologique négative	387	27			



*l'épuisement émotionnel :

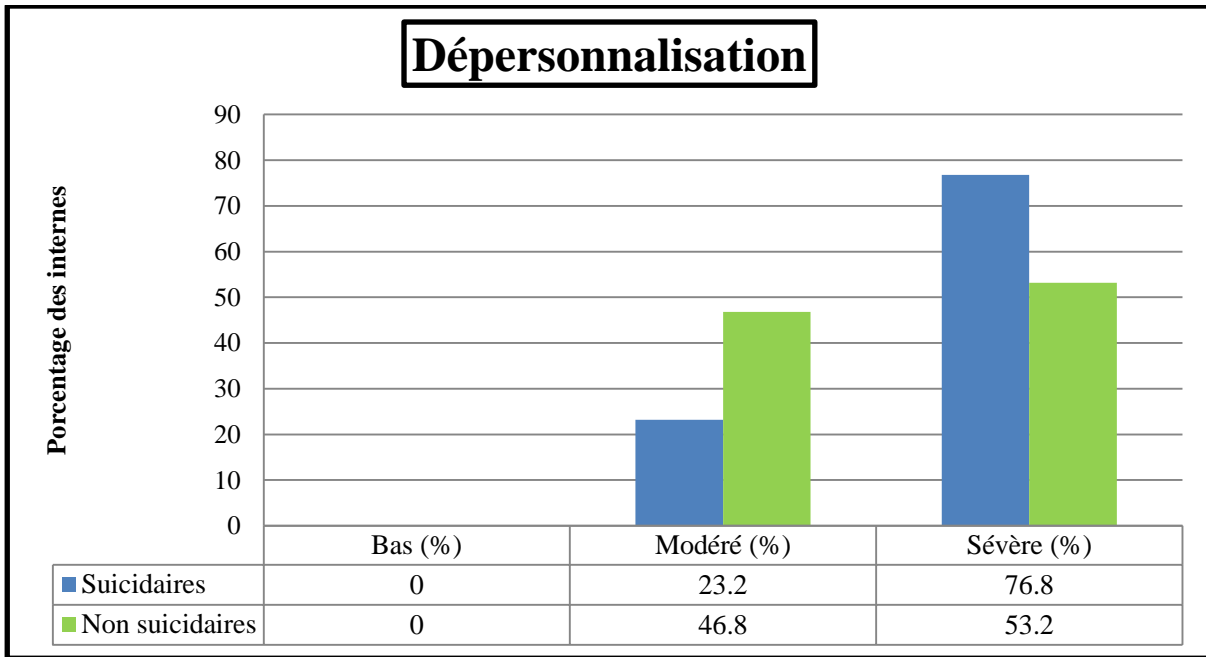
Les internes avec idéations suicidaires dans les 24 derniers mois, présentent un épuisement émotionnel plus élevé que les internes non suicidaires, (respectivement 52.2% contre 23.1%).

Les scores d'épuisement émotionnel modéré sont quasi-identiques : 36.2% chez les non suicidaires contre 35.9% chez les internes non suicidaires.



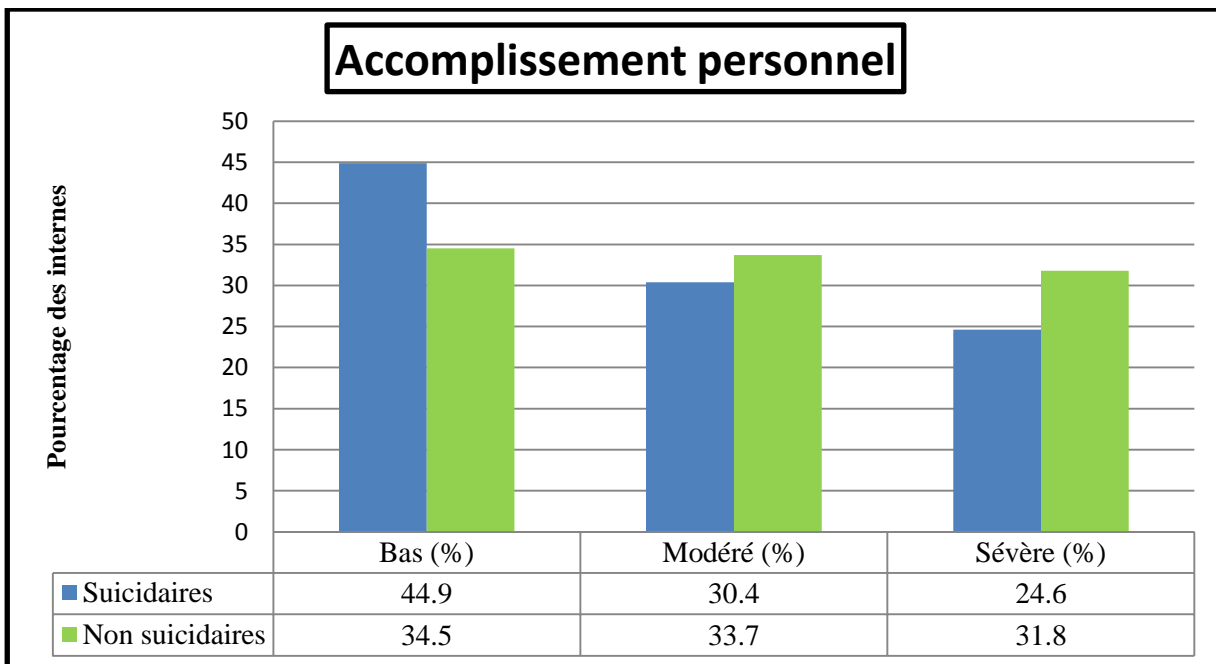
*La dépersonnalisation :

76.8% des internes avec idéations suicidaires dans les 24 derniers mois présentent un taux important de dépersonnalisation sévère contre 53.2% chez les internes non suicidaires.



*L'accomplissement personnel :

Le taux de faible accomplissement personnel est de 44.9% chez les internes avec idéations suicidaires contre 34.5% chez les internes non suicidaires.



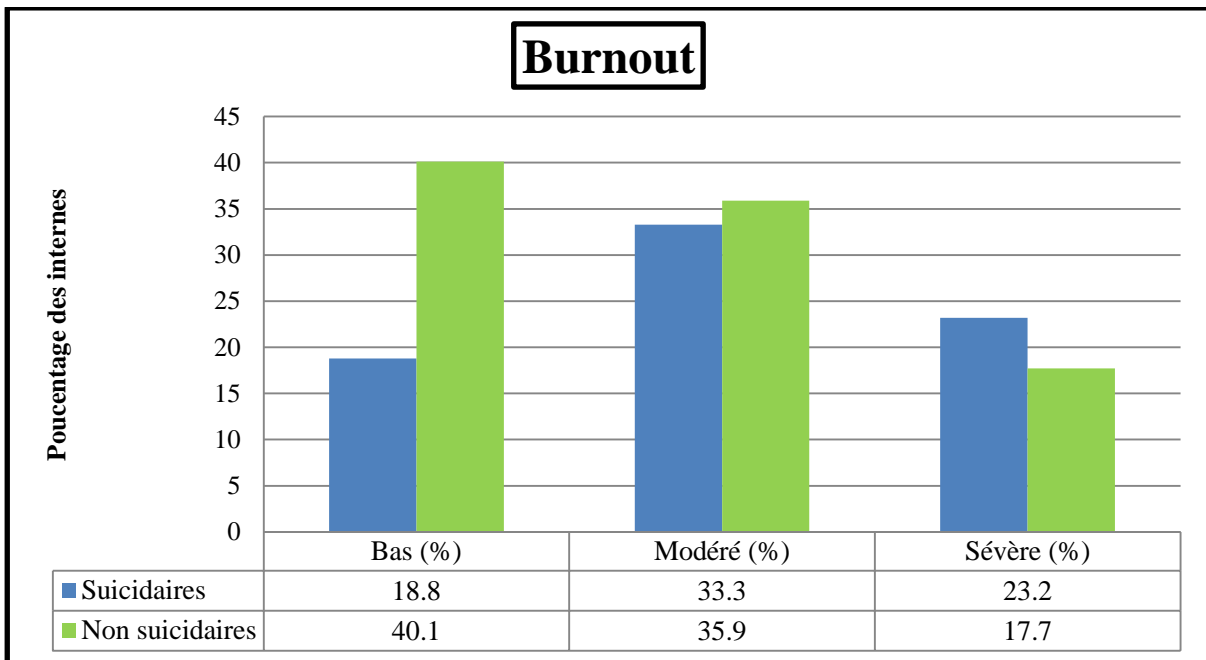
*Le burnout :

23.2% des internes avec idéations suicidaires ont des scores élevés de burnout, 33.3% des scores modérés, et 18.8% des scores bas de burnout. Les internes non suicidaires ont : 17.7% de scores élevés, 35.9% de scores modérés, et 40.1% de scores bas.

Corrélation :

La différence entre les 2 groupes est significative (Khi-2=19.87, ddl=3, p= 0.00018.). On peut conclure que le burnout influence les idées suicidaires.

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Khi-deux	Valeur p	<0.05= *
Idées suicidaires	Absence de burnout	91	21	12.95	P=0.0047	*
	Burnout bas	262	23			
	Burnout modéré	65	16			
	Burnout élevé	33	5			



6.3.3. Etudes de la corrélation entre « l'étude des internes de la Nouvelle-Aquitaine » et « l'étude de l'ORS »

** Idées suicidaires :*

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit : 1.93 au seuil de 5 % soit la valeur 1.96. **Donc les différences sont non significatives entre les deux groupes.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
Présence d'idées suicidaires	Nouvelle-Aquitaine	490	66	1.93	1.96
	Groupe ORS	2351	400		

** Tentative de suicide :*

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit 2.56 au seuil de 5 % soit la valeur 1.96. **Donc on peut conclure que la différence est significative.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
Antécédents de tentatives de suicidaires	Nouvelle-Aquitaine	490	8	2.56	1.96
	Groupe ORS	2351	94		

**Evaluation de la charge de travail :*

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit de 15.34 au seuil de 5 % soit la valeur 1.96 **Donc on peut conclure que la différence est significative.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
Charge de travail trop lourde	Nouvelle-Aquitaine	490	113	15.34	1.96
	Groupe ORS	2351	1434		

*Evaluation de la satisfaction professionnelle :

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit de 3.04 au seuil de 5 % soit la valeur 1.96. **Donc on peut conclure que la différence est significative.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
Jugement de l'activité professionnelle satisfaisante et très satisfaisante	Nouvelle-Aquitaine	490	421	3.04	1.96
	Groupe ORS	2351	1881		

*Souhait d'une reconversion :

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit de 8.00 au seuil de 5 % soit la valeur 1.96. **Donc on peut conclure que la différence est significative.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
Souhait de changer d'activité professionnelle probable	Nouvelle-Aquitaine	490	74	8.00	1.96
	Groupe ORS	2351	784		

*Equilibre vie personnelle-vie professionnelle :

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit de 0.00 au seuil de 5 % soit la valeur 1.96 **Donc les différences sont non significatives entre les deux groupes.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
Difficulté équilibre vie personnelle/vie professionnelle	Nouvelle-Aquitaine	490	23	8.00	1.96
	Groupe ORS	2351	188		
Fortement ressenti					

*Moral actuel:

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit de 4.76 pour la réponse « mauvais » et 8.56 pour la réponse « passable » au seuil de 5 % soit la valeur 1.96. **Donc on peut conclure que la différence est significative.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
<i>Jugement mauvais</i>	Nouvelle-Aquitaine	490	11	4.76	1.96
	Groupe ORS	2351	198		
<i>Jugement passable</i>	Nouvelle-Aquitaine	490	86	8.56	1.96
	Groupe ORS	2351	887		

*Souffrance psychologique (test MH-5) :

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit de 4.95 au seuil de 5 % soit la valeur 1.96 **Donc on peut conclure que la différence est significative.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
Souffrance psychologique positive	Nouvelle-Aquitaine	490	106	8.00	1.96
	Groupe ORS	2351	776		

*Epuisement émotionnel :

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit de 0.00 au seuil de 5 % soit la valeur 1.96. **Donc les différences sont non significatives entre les deux groupes.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
Epuisement émotionnel élevé	Nouvelle-Aquitaine	490	98	0.00	1.96
	Groupe ORS	2351	470		

*Burnout (test MBI):

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit de 1.33 au seuil de 5 % soit la valeur 1.96. **Donc les différences sont non significatives entre les deux groupes.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
Burnout complet	Nouvelle-Aquitaine	490	44	1.33	1.96
	Groupe ORS	2351	259		

*Consommation d'anxiolytiques :

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit de 0.50 au seuil de 5 % soit la valeur 1.96. **Donc les différences sont non significatives entre les deux groupes.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
Consommation d'anxiolytiques régulière	Nouvelle-Aquitaine	490	88	0.50	1.96
	Groupe ORS	2351	400		

*Consommation d'antidépresseurs :

Le test de comparaison bilatérale de pourcentages (échantillons non appariés) retrouve une valeur de l'écart-réduit de 2.54 au seuil de 5 % soit la valeur 1.96. **Donc on peut conclure que la différence est significative.**

Indicateurs	Groupes	n=	Foui	Valeur de l'écart-réduit	Au seuil de 5 %
Consommation d'antidépresseurs régulière	Nouvelle-Aquitaine	490	23	2.54	1.96
	Groupe ORS	2351	188		

6.3.4. Analyse qualitative du questionnaire

78 verbatim ont été répertoriés. Ils ont ensuite été analysés et classifiés en 7 grandes catégories :

- Le Burnout syndrome (47 commentaires) ;
- Les études, le concours classant national et les stages (31 commentaires) ;
- L'équilibre vie personnelle-professionnelle (13 commentaires) ;
- Les relations avec les patients, les soignants et la hiérarchie (11 commentaires) ;
- La charge de travail, la rémunération (10 commentaires) ;
- Divers (8 commentaires) ;
- Le questionnaire (5 commentaires).

Le Burnout syndrome

Un grand nombre d'internes a pu verbaliser leur souffrance, notamment le sentiment de dévalorisation, le manque de considération et le manque de reconnaissance.

Exemples de commentaires :

« Lassitude et désillusion, avec si peu de temps pour pouvoir s'épanouir dans sa vie privée. Peu de considération après 10 ans d'études. »

« J'ai souvent l'impression que l'on pointe mes faiblesses mais jamais mes points forts. C'est frustrant, démoralisant. J'ai l'impression de ne pas valoir grand-chose et cela me fait de la peine. Je travaille dur pour combler mes lacunes et je n'en ai aucun bénéfice. C'est difficile à supporter mais je fais de mon mieux. »

« Les gens s'en foutent royalement de la souffrance médicale tant qu'on est là pour travailler ! »

« Position d'interne peu valorisante »

Un interne de médecine générale précise également avoir « la sensation d'être dévalorisé par rapport à d'autres spécialités »

Plusieurs témoignages ont été apportés par des internes ayant vécu ce syndrome ou le vivant actuellement.

« Certains stages de premiers semestres non adaptés: burnout++++ »

« Burnout en gynéco-obstétrique, j'ai changé de spécialité. »

« Questionnaire pouvant être peu représentatif car réalisé alors que je suis actuellement dans un stage beaucoup moins prenant que les précédents avec horaires très raisonnables. Mais, à noter qu'au semestre d'hiver dernier j'ai eu une période d'épuisement / découragement où j'étais quasiment en

dépression (fatigue, pleurs quotidiens) avec doutes sur mon avenir professionnel, envie de tout arrêter. Pour moi, cela était dû à l'internat, surcharge en travail et peu de temps pour sa vie privée / loisirs. J'ai dû contacter un psychologue pour m'aider et suis encore suivie au moins 2 fois par mois. Depuis, je me rends compte que je ne suis pas la seule à être en difficulté (Co interne ou chefs arrêtés pour burnout) mais c'est un sujet tabou, tout le monde fait bonne figure et on n'en parle pas entre nous, ce qui est dommage. J'espère que ta thèse fera avancer les choses...! »

Le déclenchement du burnout est très variable, mais de nombreux internes expliquent que leurs réponses étaient très variables en fonction de leur stage.

« Très fluctuant d'un stage à un autre »

« Fatigue, stress et charge de travail très stage-dépendant voir chef-dépendant... seule constante: impression de vivre pour la médecine et de mettre sa vie de côté. »

« Je suis en 7ème semestre, si j'avais répondu au même questionnaire en 2ème semestre mes réponses auraient été bien différentes, je pense que tout est variable en fonction du lieu de stage et on change tous les 6 mois... »

Mais d'autres internes vivent correctement leur internat. Certains arrivent également à se sortir de cet état de souffrance et à pouvoir poursuivre leurs études.

« Je ne changerais rien si je devais recommencer mais le travail est éprouvant et demande de gros sacrifices, une trop grosse charge de travail »

« Colère après l'État, c'est bien pratique un interne ce n'est pas cher ça bosse bien mais aucun respect pour la longueur et la difficulté des études, aucune écoute. Heureusement que l'on aime notre métier! »

« Beaucoup de travail, manque de temps pour réaliser des activités en dehors du travail, manque de reconnaissance de la société mais pas des patients heureusement, et malgré tout travail passionnant »

Le diagnostic de burnout est souvent retardé par le tabou de ce syndrome, avec une minimisation de leurs propres besoins de santé.

« [...] Depuis, je me rends compte que je ne suis pas la seule à être en difficulté (co-interne ou chefs arrêtés pour burnout) mais c'est un sujet tabou, tout le monde fait bonne figure et on n'en parle pas entre nous, ce qui est dommage. »

« Je constate une vraie difficulté concernant le manque de temps à consacrer à mes problèmes de santé personnels. »

Néanmoins de nombreux internes ont précisé qu'il s'agit pour eux d'un métier de vocation, qu'ils exercent avec passion.

« Malgré la charge de travail, la difficulté émotionnelle de certaines situations, j'adore mon métier ! J'y vais avec plaisir et je ne compte pas mes heures parce que c'est une passion ! Même s'il arrive d'être fatigué ça passe très vite ! »

« Heureusement que l'on aime notre métier ! »

« Beaucoup de travail, manque de temps pour réaliser des activités en dehors du travail, manque reconnaissance de la société mais pas des patients heureusement, et malgré tout travail passionnant »

Les études, le concours classant national et les stages

Certains internes expliquent que le début de leur épuisement émotionnel a commencé avant l'internat où il est parfois difficile de trouver sa place au sein de la hiérarchie de l'hôpital.

«L'externat est bien plus dur que l'internat car place mal définie, temps court de passage dans les services, utilité approximative, connaissances en cours »

«Problème initial: le concours de l'ECN »

Une des difficultés que rencontrent beaucoup d'internes est liée à leur manque d'expérience et de connaissances pratiques lors de leur premier semestre d'internat, avec des stages parfois non adaptés et non suffisamment encadrés.

«Certains stages de premiers semestres non adaptés: burn out++++ »

«Le plus difficile est d'arriver dans une équipe infirmière qui attend la perfection de notre part alors qu'en premier semestre, nous ne connaissons que peu de posologies voir peu de noms de médicaments, ainsi que de ne pas être soutenus par des chefs, qui " de leur temps étaient de garde un jour sur deux , sans repos et se débrouillaient très bien", de ne pas être entendus par des chefs qui souhaitent que nous gérons le service en même temps que nous soyons au bloc sans parfois d'interactions permettant d'apprendre. »

«C'est le début, peu d'expérience pour le moment »

«Globalement avec mes patients cela se passe plutôt bien. J'ai un peu de mal à "penser à tout", la charge de gestion de nombreux patients entraine parfois des confusions dans mes réflexions. »

«Je suis actuellement en fin d'internat de médecine du travail et je ne me considère pas en souffrance. Néanmoins, mon premier stage d'internat a été très difficile, je me sentais isolée et dévalorisée parce que je n'arrivais pas à assumer les responsabilités d'un interne (en stage de neurologie). J'ai alors été critiquée par mes confrères internes et médecins avec le sentiment que "la médecine c'est comme ça, il faut en baver". Je m'en suis remise doucement mais je trouve qu'on n'est pas assez encadré en début d'internat alors il faut avoir de la chance et tomber sur une équipe compréhensive. »

Un certain nombre d'internes qui ne sont pas d'origine française ont pu exprimer des difficultés liées à l'apprentissage de la langue, tout en découvrant en quoi consiste le travail d'interne, avec un sentiment d'isolement géographique et familial.

«Après avoir repassé les ECN à titre européen, n'ayant pas droit au même classement que les autres, on se retrouve dans une spécialité pas forcément choisie (peu de choix de toute façon, cette année 5

possibilités) et dans des endroits plus ou moins bien desservis par les transports en commun, ce qui rend problématique la vie de familiale et sociale. Problèmes de reconnaissance des diplômés même en Europe et de reconnaissance des fonctions professionnelles exercées même en Europe! Toujours pas de retour d'ailleurs sur les équivalences accordées. On ne sait même pas qui décide des équivalences ou pas! »

L'équilibre entre vie personnelle et professionnelle

De nombreux internes ont évoqué le manque de temps personnel que ça soit pour leur vie sociale ou familiale. Après avoir priorisé leurs études, ils souffrent de ne pas arriver à équilibrer leur vie personnelle avec ce que le métier de médecin nécessite (engagement voire parfois abnégation).

«Fatigue professionnelle liée à l'envie de se consacrer un peu plus à sa vie personnelle, à 26 ans et après 8 ans d'études où la vie professionnelle a été placée en n°1 des priorités... J'aime toujours autant mon travail, c'est le déséquilibre avec la vie personnelle qui est source de lassitude pour moi »

«Beaucoup de travail, manque de temps pour réaliser des activités en dehors du travail »

«Fatigue, stress et charge de travail très stage-dépendant voir chef-dépendant... seule constante: impression de vivre pour la médecine et de mettre sa vie de côté. »

Le concours classant national peut amener l'étudiant à devoir faire un choix difficile. Selon le classement il devra faire un choix entre sa spécialité et sa ville, entre rester auprès des siens (famille, couple) avec une spécialité qui peut moins l'intéresser, ou de s'éloigner pendant quelques années au profit d'une spécialité choisie. La vie personnelle peut ainsi en être fortement compliquée.

«Internat difficile pour moi car je vis d'internat en internat alors que mon conjoint est dans une autre ville à 200km de mon lieu d'exercice. Épuisement professionnel mais également pour des raisons personnelles et familiales, beaucoup d'heures de route pour rentrer chez moi le week-end, peu de temps libre »

L'éloignement familial suite aux déménagements répétés peut être un facteur favorisant le burnout.

«On ne peut amener les problèmes personnel au travail ».

«La distance et l'éloignement liés à l'internat et insupportable »

«Lassitude et désillusion, avec si peu de temps pour pouvoir s'épanouir dans sa vie privée. Peu de considération après 10 ans d'études. »

Les relations avec les patients, les soignants et la hiérarchie

Dans certains cas, les relations avec les patients peuvent être difficiles, avec notamment de l'agressivité et un manque de respect.

«[...] conflits avec les patients assez fréquents avec manque de respect et agressivité +++ si on n'accède pas à leurs requêtes. »

Mais heureusement beaucoup d'internes semblent satisfaits de leurs relations avec leurs patients.

«Manque de reconnaissance de la société mais pas des patients heureusement »

Un nombre plus important d'internes sont en difficulté avec leur hiérarchie médicale, et parfois avec l'équipe soignante, et qui peut se montrer peu compréhensives face à des étudiants(!) en formation, et qui oublient qu'il leur faut du temps pour acquérir des connaissances pratiques et théoriques.

«Le plus difficile est d'arriver dans une équipe infirmière qui attend la perfection de notre part alors qu'en premier semestre, nous ne connaissons que peu de posologies voire peu de noms de médicaments, ainsi que de ne pas être soutenus par des chefs, qui " de leur temps étaient de garde un jour sur deux , sans repos et se débrouillaient très bien", de ne pas être entendus par des chefs qui souhaitent que nous gérons le service en même temps que nous soyons au bloc sans parfois d'interaction permettant d'apprendre. »

«Qui s'occupe des internes en médecine du travail? On ne va quand même pas en référer aux chefs... qui eux-mêmes traitent les internes de la même façon que les autres internes dans les services du CHU.»

«[..]L'aspect psychologique des soignants et surtout des internes est trop négligé. Nos "ancêtres" ont galéré donc il est normal de "reproduire" ce schéma, ce qui n'est pas logique en soi. L'internat, je l'avais idéalisé, imaginé avec un tuteur ou un mentor qui nous encadre, nous apprend bien le métier pour partir sur des bases solides ... au contraire, il faut tout le temps tâtonner pour tout et je trouve cet apprentissage désagréable [...].

Plusieurs messages parlent aussi d'harcèlement moral.

«Globalement avec mes patients cela se passe plutôt bien. J'ai un peu de mal à "penser à tout", la charge de gestion de nombreux patients entraine parfois des confusions dans mes réflexions. Par contre concernant la hiérarchie, j'ai connu durant mon premier semestre de chirurgie un sorte de harcèlement moral par un de mes chefs de clinique à tel point que cela en a failli en finir aux mains, et à tel point que j'ai failli faire un droit au remord (alors qu'avec mes autres chefs de clinique ou mon chef de service tout s'était bien passé). C'est pour ça que parfois je pense que c'est une excellente idée de pouvoir contacter un psy ou un confère de médecine du travail pour parler de ces problèmes-là »

«Je suis dans une situation de harcèlement moral »

«Le flou du statut de l'interne permet tous les abus »

«Misogynie et beaucoup d'hypocrisie de la part des chefs de service concernant leurs internes »

Il peut exister également une pression plus institutionnelle et universitaire.

«Peut-être aurait-il aussi été intéressant de questionner les internes sur les exigences et la pression exercée par les chefs pour publier, pour présenter, pour assister à des réunions de service interminables alors qu'il reste des courriers à dicter... »

Plus rarement les relations avec les co-internes peuvent être difficiles.

«Le problème, c'est surtout les relations avec les confrères à l'hôpital, pas les patients ».

«[...] mon premier stage d'internat a été très difficile, je me sentais isolée et dévalorisée parce que je n'arrivais pas à assumer les responsabilités d'un interne (en stage de neurologie). J'ai alors été critiquée par mes confrères internes et médecins avec le sentiment que "la médecine c'est comme ça, il faut en baver" [...].

La charge de travail, la rémunération

Les internes évoquent une surcharge de travail quantitative, le sentiment de travailler sous pression et d'avoir trop de travail dans un délai trop bref.

«Fatigue, stress et charge de travail très stage-dépendant voir chef-dépendant... [...] »

«[...] Le travail est éprouvant et demande de gros sacrifices, une trop grosse charge de travail »

En plus d'avoir à effectuer une plus grande quantité de travail, les internes estiment avoir souvent à fournir davantage d'efforts dans le cadre de leurs fonctions. Ils sont fréquemment interrompus par le téléphone, les collègues, le courrier électronique ou autres. La souffrance psychique est liée à la surcharge de travail qualitative, avec des tâches administratives de plus en plus importantes, qui sont au détriment du temps avec ses malades.

«Volume horaire + tâches administratives = l'enfer; je passe plus de temps devant un ordinateur qu'avec les malades, c'est anormal et ça me révolte; on fait le travail des secrétaires... »

«Tâches administratives de plus en plus importantes, temps passé sur l'informatique supérieur au temps passé avec les patients »

Un certain nombre d'internes ont le sentiment d'être exploités, de ne pas avoir le respect de la part de leur hiérarchie, de la société d'une manière générale et ceci est matérialisé selon eux par un salaire anormalement bas pour un niveau d'études et de responsabilités aussi élevés.

«Colère après l'État, c'est bien pratique un interne ce n'est pas cher ça bosse bien mais aucun respect pour la longueur et la difficulté des études, aucune écoute. Heureusement que l'on aime notre métier ! »

«Vous ne prenez malheureusement pas en compte l'aspect financier des internes alors que cela me semble incontournable. Non-respect du temps de travail, smic horaire non respecté... Je pense que le niveau de stress subi, les responsabilités, la prise de risque judiciaire quotidienne, cela ne vaut pas le coup quand on est payés un smic... On regarde d'autres pays et on se dit que ce serait possible autrement. Les difficultés financières, l'impossibilité de démarrer un emprunt immobilier, fonder un foyer pendant un internat de 5 ans en oncologie, pour moi c'est la goutte qui fait déborder le vase. [...] »

Divers

Un interne précise son inquiétude sur l'avenir du système libéral et son opposition au projet de loi santé porté par la ministre Marisol Touraine.

« [...] Par ailleurs je pense qu'il est difficile de ne pas parler des mesures du projet de loi santé et de ses conséquences sur notre moral, sur notre foi en l'avenir surtout quand on est en cursus médecine générale ce qui n'est pas mon cas. Le futur tel qui est orchestré via le projet loi santé Touraine peut faire perdre foi en notre profession, donne à certains envie d'arrêter, de se reconverter, ou de changer de pays. Du soutien psychologique n'y changera malheureusement rien. En tout cas merci de faire votre thèse sur ce sujet et de laisser aux gens tels que moi une possibilité de s'exprimer. Cordialement »

L'après-internat est une source d'inquiétude avec une certaine compétitivité entre les internes pour des postes restreints, avec souvent un manque d'information sur les différentes possibilités qui leurs sont offertes (travail en libéral, en clinique...).

« Très bon vécu en général, grande anxiété concernant l'incertitude relative au post-internat, obligatoire, pas assez de postes par rapport au nombre d'internes, générant une grande précarité morale empêchant des projets personnel à 30 ans dont dix ans d'études »

Certaines décisions prises dans les hôpitaux peuvent être à des fins économiques.

« Dans certains labos, peu de responsabilités données aux internes de biologie médicale, c'est un peu frustrant d'avoir l'impression d'être encore comme un "externe". Et en biologie médicale on fait des gardes de techniciens), qui préfère faire des économies au détriment de notre formation.-

Le questionnaire

Les principales critiques du questionnaire ont porté sur des choix réponses qui n'étaient pas toujours proposés et sur la longueur du questionnaire, avec un biais certain pour remplir le questionnaire en fonction du lieu de stage et de l'avancée dans l'internat.

« Pas de possibilité de mettre mieux que bon à l'état général et au moral. »

« Questionnaire un peu long et inducteur de réponses négatives par rapport au travail (suggestion de lien unique entre mal être et travail) »

« Questionnaire un peu long et pas toujours bien adapté aux Smartphones. »

« Questionnaire trop long, donc ça pourrait décourager certains répondants. Pour certaines questions je n'étais pas concerné. Il faudrait prévoir les différents cas de figures notamment par je ne suis pas concerné. Bon courage »

Enfin les internes ont trouvé le questionnaire pertinent et intéressant et ont été nombreux à nous encourager à poursuivre notre travail et à leur faire part des résultats.

«*Merci pour votre travail* »

«*Intéressant d'avoir la synthèse une fois la thèse écrite !* »

«*Merci pour ce très beau questionnaire et cette belle idée. J'avais pensé à faire ce genre de travail auprès des internes de pédiatrie mais je pense que cette initiative revient - à juste titre- aux psychiatres. J'ai rempli ce questionnaire en fonction de l'état émotionnel dans lequel je me trouvais il y a quelques mois et qui m'a fait énormément souffrir. Maintenant, ça va mieux mais le burnout a fait partie de mon internat sur sa quasi-totalité. Merci à toi et bon courage pour ta thèse Je serai heureuse de venir assister à la soutenance de ce sujet qui "me tient à cœur" (façon de parler). Bref, un sujet de thèse plus que d'actualité. Encore une fois, merci pour nous.* »

6.4. Discussion

L'épuisement professionnel et la souffrance des professionnels de santé, plus précisément celui des médecins deviennent de moins en moins tabous, et de nombreuses études paraissent sur ce sujet. En France, la quasi-exclusivité des études sur le burnout porte sur les médecins généralistes. L'observatoire régional du limousin a réalisé en 2015 une étude portant sur la souffrance des médecins, sur toute la région Limousin. Notre participation aux différents COPILS, nous a donné envie de faire un état des lieux de la souffrance psychique des internes, et d'évaluer sa comparabilité avec celle des médecins du limousin.

6.4.1. Analyse de l'étude

Objectif principal :

Notre étude confirme l'hypothèse que les internes de la région Nouvelle-Aquitaine ont une prévalence d'idées suicidaires relativement importante (**13%** dont 2% en disent en avoir souvent). Ce taux est statistiquement comparable à celle des médecins du Limousin (**17%**) (40). Le travail est incriminé dans **75.8%** des cas chez les internes avec idéations suicidaires (dans 21% des cas chez tous les internes) contre **80%** des cas chez les médecins de l'ORS avec idéations suicidaires (13% de l'ensemble des médecins). C'est le facteur exclusif dans **22.7%** des cas (6.6% de l'ensemble des internes) contre **24%** des cas chez les médecins de l'ORS (4% de l'ensemble des médecins). Par contre les prévalences des tentatives de suicide ne sont pas comparables, avec un taux plus élevé chez les médecins de l'étude l'ORS (**1.7%** [internes] contre **4%** [médecins]). Notre étude montre que **15%** des internes déclarent avoir déjà consulté pour un soutien psychologique chiffre proche des **19%** retrouvé par l'ORS.

Marianne Guinaud dans sa thèse de 2005 sur le burnout des internes de médecine générale d'Ile de France (113) retrouve un pourcentage de **3.5%** d'internes qui déclarent avoir des antécédents de tentative de suicide ce qui est nettement supérieur aux résultats de notre étude (**1.7%**). Un taux non

négligeable d'interne dans son étude est suivi par un psychologue ou un psychiatre (**23.1%**), chiffre plus minime dans notre étude (**15%**).

Antoine Le Tourneur et Valériane Komly dans leur thèse de 2011 sur le burnout des internes de médecine générale de France métropolitaine (39) retrouvent un pourcentage de **1.4%** d'internes qui déclarent avoir des antécédents de tentative de suicide, chiffre similaire à notre étude (**1.7%**). Dans leur étude, les internes ont avoué un chiffre plus bas d'idéations suicidaires (**6.1%**) que dans notre étude (**13%**). **12.1%** des internes déclarent dans leur étude avoir eu recours au cours de leur internat à un suivi psychiatrique ou psychologique contre **15%** dans la nôtre.

L'étude du Conseil national de L'ordre des médecins de 2016 sur l'état de santé des internes (264) retrouve un pourcentage de **14%** d'internes qui déclarent avoir présenté des idées suicidaires, chiffre semblable à celui retrouvé dans notre étude (**13%**).

Sur le plan international, certaines études retrouvent des déclarations identiques d'idéations suicidaires : **13%** pour l'étude de Cathébras auprès des médecins généralistes (110), **14%** pour l'étude de Caplan auprès des médecins généralistes (74), **25%** pour l'étude Clark auprès des internes (265). L'étude américaine de Frank et al (88) sur la souffrance des femmes médecins retrouvent un pourcentage de **1.5%** de tentative de suicide déclaré ce qui est comparable au chiffre que nous avons retrouvé (**1.7%**).

Notre étude confirme donc la proportion importante d'internes présentant des idéations suicidaires dans la région Nouvelle-Aquitaine. Ce chiffre est similaire à celui retrouvé dans l'étude sur la souffrance des médecins de l'ORS du Limousin (40), ainsi qu'à celui retrouvé dans la littérature. Le taux des tentatives d'autolyse des internes de notre étude est semblable à celui retrouvé pour certaines études sur la souffrance des internes (39) et des médecins (88), mais est inférieur au chiffre retrouvé dans d'autres études analysant la souffrance des internes (113). Ce chiffre est inquiétant, car un médecin présentant des idéations suicidaires a un risque plus élevé de passage à acte mortel que la population générale (266).

Objectifs secondaires :

- Sexe :

Bien que près des $\frac{3}{4}$ des internes rapportant des idées suicidaires soient des femmes (72,7 %), le test de corrélation ne permet pas démontrer que le sexe influence les idées suicidaires, sans doute en raison du fait que le pourcentage de femme ayant répondu à notre questionnaire est statistiquement plus élevé dans notre étude (65% versus 43.5%) que dans l'étude de l'ORS. Néanmoins, l'étude de l'ORS ne retrouve pas non plus de variation significative des idéations suicidaires selon le sexe.

L'étude du Conseil National de l'ordre des médecins sur la santé des internes (264) retrouve qu'il y a 69% de femmes parmi les internes ayant déclaré être en mauvaise ou moyenne santé et/ou

avoir eu des idées suicidaires, ce pourcentage est strictement identique à la représentation par genre des internes.

D'après certaines études internationales, les femmes médecins présenteraient plus d'idéations suicidaires (44,267).

Nous ne pouvons pas affirmer que le sexe est un facteur de vulnérabilité au suicide chez les médecins et internes.

- La spécialité :

Les spécialités avec les pourcentages les plus élevés d'idées suicidaires sont la médecine générale, la psychiatrie, les spécialités médicales, et la chirurgie avec une différence significative entre les spécialités selon le test de Fischer.

Notre étude retrouve des résultats similaires avec la littérature, qui décrit des taux plus élevés de risques suicidaires chez les médecins généralistes, les psychiatres et les anesthésistes (33,50,63).

Nous pouvons affirmer que la spécialité est un facteur de vulnérabilité au risque suicidaire chez les médecins et internes.

- Situation familiale :

Les internes avec antécédents de tentatives de suicide vivent plus fréquemment seul (**50%**) que les internes avec idéations suicidaires (**40,9%**), ainsi que les internes sans idées ou antécédents suicidaires (**35%**). La différence n'est par contre pas statistiquement significative.

L'étude de l'ORS ne retrouve pas de différence significative entre ceux vivant seuls ou en couple, par contre, il y a davantage d'idéations suicidaires dans les familles monoparentales (40).

L'étude du Conseil National de l'ordre des médecins sur la santé des internes (264) retrouve que **46%** des internes avec idéations suicidaires et/ou en mauvaise ou moyenne santé vivent « seul » et à peine 40% a déclaré vivre en couple.

Silverman dans son livre sur la santé des médecins, décrit plus de suicide chez les médecins divorcés, séparés, célibataires ou avec une rupture sentimentale récente (51,72).

Aasland et al estiment qu'un homme médecin célibataire aurait **5** fois plus tendance à se suicider qu'un confrère marié ou vivant en couple. De plus il explique que le risque relatif de suicide pour un homme médecin célibataire serait **15.5** fois plus élevé que pour une femme médecin mariée ou vivant en couple (41,50).

Les travaux de l'amicale des psychiatres du Vaucluse cités dans l'étude du Dr Léopold retrouvent que la moitié des médecins suicidés sont célibataires (62).

Les résultats de notre étude confirment les résultats de la littérature. Nous pouvons dire que la situation familiale est un facteur de vulnérabilité au risque suicidaire des internes.

- Nombres d'heures travaillées hebdomadaires :

Les internes et les médecins ont un volume de travail hebdomadaire similaire (**47h** pour les internes contre **50h** pour les médecins).

Le pourcentage des internes avec idéations suicidaires travaillant entre 51-60h et entre 61-80h est plus élevé que pour les internes sans idéations suicidaires. La différence est statistiquement significative. Par contre les internes avec antécédents de suicide ne travaillent jamais plus de 50h.

Marianne Guinaud dans sa thèse (113) retrouve un volume de travail hebdomadaire de **52.8H**, ce qui est supérieur aux 47h retrouvé dans notre étude. Il est important de noter qu'entre ses deux études, il y a eu le Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes, qui a permis à de nombreux internes de faire valoir leurs droits.

Antoine Le Tourneur et Valériane Komly de 2011(39) retrouvent un volume de travail hebdomadaire de (**48.9h**) similaire à celui de retrouvé pour les interne de la région Nouvelle-Aquitaine (**47h**).

La moitié des internes de l'étude du CNOM (264) ayant déclarés des idéations suicidaires et/ ou un état de santé mauvais a déclaré travailler **plus de 48 h** et moins d'un sur deux a déclaré travailler moins de 48 h.

Certaines études retrouvent un volume horaire hebdomadaire plus élevé de **57.5h** (36,268).

Nos résultats sont donc comparables avec ceux de la littérature. Nous pouvons conclure que le volume horaire hebdomadaire est un facteur de vulnérabilité du suicide des internes et médecins.

-Charge de travail, évaluation de l'activité professionnelle, souhait de reconversion :

La proportion des internes qui trouvent la charge de travail trop lourde est plus élevée chez les internes avec idéations suicidaires, que chez les internes avec antécédents de suicide, que ceux sans idéations suicidaires. La différence est statistiquement significative.

On peut émettre l'hypothèse que les internes avec antécédents de tentatives de suicide sont plus sensibles à l'influence de la charge de travail, car 50% d'entre eux trouvent leur charge trop lourde, bien que la moitié travaille entre 41 et 50h, et l'autre moitié moins de 40h.

Les internes sans idéations suicidaires sont plus satisfaits de leur activité professionnelle et souhaitent moins changer d'activité professionnelle. La différence est statistiquement significative.

Les internes avec antécédents de tentative de suicide sont à 87.5% satisfaits et à 12.5% très satisfaits. On peut possiblement penser que les antécédents de suicide ne conditionnent pas la présence d'idées suicidaires actuelles et la satisfaction professionnelle.

La charge de travail est jugée moins lourdement pour les internes que pour les médecins de l'étude l'ORS, avec une meilleure satisfaction professionnelle. Il y a moins d'internes qui souhaitent changer d'activité professionnelle (1 internes sur 6) que pour les médecins de l'ORS (1médecin sur 3).

Le Dr Léopold considère que la surcharge de travail se trouverait au premier plan des facteurs de risque du suicide des médecins (62).

L'influence de la charge de travail a peu étudié sur le risque suicidaire des médecins. Les études se sont portées principalement sur la corrélation entre burnout et suicide. Antoine Le Tourneur et Valérian Komly de 2011(39) retrouvent que lorsque la charge de travail hebdomadaire est supérieure à 50 heures la proportion d'internes en burnout est multipliée par 2.

Une étude de cohorte transversale et longitudinale américaine a étudié la prévalence des idéations suicidaires chez les étudiants en médecine et au lien avec le burnout. L'étude a montré que le burnout prédit l'apparition des idéations suicidaires dans l'année suivante (105).

Les chiffres de la littérature sont en faveur d'un lien de corrélation entre surcharge de travail et le burnout, et entre le burnout et le suicide chez les internes et médecins (51,266).

Moral :

Les internes avec idéations suicidaires présentent un moral passable à mauvais plus élevé (**64.8%**) que les internes sans idéations suicidaires (**23.8%**). Le moral actuel est fortement corrélé avec les idées suicidaires dans notre étude.

L'ORS retrouve un pourcentage plus élevé de médecins avec un moral bas ou mauvais (**40%**) contre **29.4%** chez les internes, et ce de manière significative.

Nous pouvons affirmer que le moral bas est un facteur de vulnérabilité au suicide chez les médecins et internes.

-Conduites addictives et psychotropes :

Les internes avec antécédents de suicide consomment plus d'antidépresseurs (et de manière plus régulière), et d'anxiolytiques que les internes avec idéations suicidaires. Les internes avec idéations suicidaires consomment plus de psychotropes que les internes sans idéations suicidaires. Mais le test de Fisher ne met pas en évidence de corrélation.

Par contre il y a une différence significative pour la consommation de stupéfiants qui est bien plus importante chez internes avec idéations suicidaires.

La consommation d'anxiolytique chez les internes est similaire à celle des médecins de l'ORS (**17.9% VS 17%**), alors que les médecins consomment plus d'antidépresseurs (**8% VS 4.6%**).

Marianne Guinaud dans sa thèse de 2005(113) retrouve que **15.4%** des internes déclarent consommer des antidépresseurs, taux beaucoup important que dans la région Nouvelle-Aquitaine (**4.6%**). La déclaration de consommation d'anxiolytique est par contre moitié plus basse que dans notre étude (**9.4% contre 18%**), tel que la consommation de stupéfiant : (**2.6% contre 9.4**).

Antoine Le Tourneur et Valériane Komly dans leur thèse de 2011 (39) retrouvent un pourcentage de consommation d'antidépresseurs plus élevé dans leur étude (**6.5%**) contre **4.6%** dans la nôtre.

Le Conseil national de l'ordre retrouve dans son étude 2015 (264) que 14% des participants ont répondu consommer des médicaments tous les jours ou plusieurs fois par semaine (majoritairement des antalgiques de pallier 1). Ils sont près de **10%** à déclarer consommer souvent ou parfois des somnifères, versus **8.3%** dans notre étude et **4%** à déclarer consommer des antidépresseurs versus **4.6%** pour les internes de la Nouvelle-Aquitaine.

Les données de la littérature mettent en évidence une forte corrélation entre les addictions et le suicide dans la population générale mais également chez le médecin(34). D'après Goldsmith plus de **90 %** des personnes qui se suicident avaient un trouble de l'humeur et/ ou une addiction à l'alcool. Le risque est majoré quand l'association des deux est présente (150). Cavanagh retrouve que dans **38%** des cas l'association trouble mental et abus ou dépendance de substance précédait le suicide du médecin contre **6%** dans le groupe contrôle (80).

L'American medical association (AMA) en 1986 retrouve **33%** des médecins suicidés étaient soupçonnés d'avoir un problème d'addiction contre **14%** dans le groupe contrôle (55). Bressler retrouve **20 à 30 %** d'addiction aux toxiques et **40%** d'addiction à l'alcool chez les médecins suicidés (152).

Notre étude présente des résultats similaires à la littérature sur la consommation importante de psychotropes des médecins avec idéations ou antécédents suicidaires. Nous pouvons affirmer que la consommation régulière de psychotrope est facteur de vulnérabilité au risque suicidaire des médecins et internes.

-Souffrance psychologique :

La souffrance psychologique chez les internes avec idéations suicidaires est plus importante que chez les internes sans idées suicidaires (**59.4% contre 15.1%**), et ce de manière très statistiquement significative.

Le pourcentage des médecins de l'ORS en souffrance psychologique est plus importante (**33%**) que chez les internes (**21.6%**).

Nous n'avons pas retrouvé d'autres études évaluant la souffrance psychologique des internes avec le test MH-5.

La souffrance psychologie semble être un facteur de vulnérabilité au risque suicidaire des internes.

-Burnout :

Les internes avec idéations suicidaires ont des taux de burnout sévère plus élevés que les internes sans (**23.2% contre 17.7%**). Les taux modérés sont comparables (**33.3% VS 35.9%**). Par contre les taux de burnout bas sont plus élevés les internes non suicidaires (**40.1% VS 18.8%**). Le score de burnout est corrélé avec les idéations suicidaires.

Les pourcentages de burnout élevé entre les internes de notre étude et les médecins de l'ORS sont comparables (**8.9% VS 11%**).

Marianne Guinaud dans sa thèse de 2005 (113) retrouve un degré d'épuisement émotionnel de **24.1%**, contre **20%** dans la région Nouvelle Aquitaine, les chiffres de dépersonnalisation sont quasi-identiques **42%** contre **40%**. Par contre la baisse de l'accomplissement personnel est nettement plus élevé (**48.7%**) dans leur étude que pour les internes de la Nouvelle-Aquitaine **35%**.

Dans toutes les études retrouvées, notre étude a le meilleur chiffre d'accomplissement personnel. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses : notre questionnaire a été réalisé après le décret de 2015 sur le statut de l'interne, ceci a-t-il pu revaloriser leurs droits et en permettre une meilleure application ? Les autres études se déroulent en majorité en Ile-de-France, notre région apporterait elle un meilleur accomplissement personnel ? Egalement la plupart des études sur le burnout se sont intéressés, ou ont eu en majorité des réponses des internes de médecine générale, la nôtre obtient des réponses de toutes les spécialités.

Antoine Le Tourneur et Valériane Komly retrouvent dans leur thèse de 2011 (39) un degré d'épuisement émotionnel plus bas de (**16% contre 20%**) dans la région Nouvelle-Aquitaine, avec respectivement pour la dépersonnalisation (**33.8% contre 40%**), ainsi que pour la baisse de l'accomplissement personnel (**43.1% contre 35%**).

Le Conseil National de l'Ordre retrouve un taux beaucoup plus important d'internes qui se déclarent en épuisement émotionnel (**40% versus 20%**), avec une baisse de l'accomplissement personnel (**50% contre 35%**) et un taux très élevé d'internes avec dépersonnalisation (**75% contre 40%**).

Dans la littérature nous retrouvons des scores plus élevé d'épuisement émotionnel pour certaines études sur le burnout des médecins : (47.2% dans l'étude de Bourgogne (27), 42.3% pour la Champagne-Ardenne (29), 40.3% pour le Poitou-Charentes (28)) Les taux de dépersonnalisation dont plus comparables (respectivement : 32.8% / 44,5% / 43.1%).

Notre étude confirme la littérature concernant les scores d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de burnout concernant les internes. Par contre les internes présentent des scores plus bas dans ses catégories que les médecins. Nous pouvons affirmer que le burnout est corrélé avec le risque de suicide chez les internes

Tableau 19 : résumé des résultats des études sur la souffrance des internes

	Nouvelle-Aquitaine	ORS (40)	CNOM (264)	Guinaud (113)	LeTourneur et Komly(39)
Nombre d'heures travaillées	47.8H	50H	40% entre 48et 60H	52.8H	48.9H
Antécédent de tentative de suicide	1.7%	4%	Ø	3.50%	1.4%
Idées suicidaires	13%	17%	14%	Ø	6.1%
Degré élevé d'épuisement émotionnel	20%	20%	40% élevé et modéré	24.1%	16%
degré élevé de dépersonnalisation	40%	30%	75% élevé et modéré	42%	33.8%
degré bas d'accomplissement personnel	35%	66%	50%	48.6%	43.1%
Consommation d'anxiolytiques/hypnotiques	18%	17%	10%	9.4%	Ø
Consommation d'antidépresseur	4.6%	8%	4%	15.4%	6.5%
Consommation de stupéfiants	9.4%	Ø	Ø	2.6%	Ø
Moral passable ou mauvais	29.4%	38%	Ø	Ø	Ø
Consultation psychologique/psychiatrique;	15%	14%	Ø	23.1%	12.1%

6.4.2. Points forts de l'étude

L'intérêt pour le sujet :

Malgré le pourcentage, il y a eu néanmoins 490 réponses, avec plus de 78 commentaires libres, avec de nombreux encouragements, remerciements, et exprimant leur souhait d'assister à la thèse ou d'avoir les résultats de l'étude.

Le rôle de l'enquête

L'enquête a permis à de nombreux internes de verbaliser leur ressenti, leur moral, leurs difficultés. Certains ont pu parler de leur moment de burnout, d'harcèlement moral, sujets restant toujours tabous, et parfois très mal perçus par la hiérarchie médicale et les collègues. Les commentaires libres étaient riches et variés, pouvant être représentatif des différentes situations vécues par les internes.

6.4.3. Limites et biais

6.4.3.1. Biais méthodologique

Période de l'étude :

L'étude a été réalisée sur le semestre d'hiver, de décembre à mars. On peut se demander si les résultats auraient été les mêmes sur le semestre d'été et de la possible influence de la saison sur les symptômes dépressifs, et de la prévalence du burnout des internes. La période hivernale pourrait favoriser par le manque de lumière et par le nombre moins important de congés, les symptômes dépressifs. Néanmoins le semestre d'été peut aussi être plus surchargé devant la permanence des soins qui doit être assurée, et ainsi devoir remplacer un nombre plus important de collègues en congé.

Les premières études portant sur la dépression saisonnière (ou Trouble Affectif Saisonnier, TAS) sont apparues en 1984, avec l'article de Norman Rosenthal et coll. décrivant 29 cas de personnes dépressives ou bipolaires "*dont les symptômes semblaient varier en fonction du climat et de la latitude*" (269).

Des études récentes ont mis en doute l'influence causale d'un changement de saison ou de luminosité sur la constitution d'une dépression (270,271).

Megan Traffanstedt et coll. ont effectué en 2006 une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif recruté dans 21 états américains, avec 34 294 entretiens téléphoniques (soit 98,3 % de la population ciblée) (272). D'après leurs réponses au questionnaire PHQ 8 ((Patient Health Questionnaire 8), 1754 participants répondaient au diagnostic de dépression. Les variations saisonnières, la latitude et l'exposition à la lumière du soleil ne sont pas significativement associées à la survenue de symptômes dépressifs, que ce soit dans l'échantillon total ou dans le groupe de

patients déprimés diagnostiqués par le questionnaire PHQ 8. La prévalence des symptômes dépressifs diagnostiqués par ce questionnaire reste stable à travers les saisons. Ces résultats n'excluent cependant pas la possibilité de variabilité saisonnière de la dépression chez un petit pourcentage de patients (273).

Le burnout est une entité différenciée de la dépression. Nous n'avons retrouvé aucune étude dans la littérature sur l'influence de la saisonnalité sur les symptômes de burnout. Notre analyse étant une étude transversale, elle ne permet pas de conclure sur un tel lien de causalité.

Stages :

Les stages proposés aux internes, y compris au sein d'une même spécialité, peuvent être d'une grande diversité, impactant la charge de travail quantitative, qualitative, les relations avec les pairs, les équipes soignantes, la hiérarchie et bien d'autres variables encore. La perception et le ressenti peut ainsi être très variable. Par exemple un stage de premier semestre aux urgences d'un CHU, avec un nombre important d'astreinte et de garde n'entraînera pas le même vécu qu'un stage de dernière année chez le praticien, ou en périphérie.

Le matériel :

Le questionnaire utilisé fut le même pour les internes du Limousin, du Poitou-Charentes et l'Aquitaine. Aucune modification n'a été apportée entre chaque envoi. La réalisation d'un questionnaire en ligne simplifie l'analyse par certains aspects :

- Réduction des coûts (duplicatas des questionnaires, couts de communication et d'affranchissement)
- Réduction des délais (de collecte, de saisie)
- Réduction des erreurs (biais lié à l'enquêteur, temps suffisant pour comprendre les questions et faire le questionnaire à son rythme, erreur de saisie)
- Outil moderne adapté aux nouvelles conditions et habitudes des internes, assurant une facilité d'accès, avec la possibilité de toucher des personnes ne pouvant pas être contactées facilement par les moyens traditionnels ou aux heures habituelles.

Cependant il nous faut reconnaître que les enquêtes en ligne ont les mêmes faiblesses que toutes les enquêtes auto-administrées avec en particulier l'absence de contact direct entre l'investigateur et celui qui remplit le questionnaire.

D'autre part, cela ce type de « e- enquête » présente différents biais :

-Biais de recrutement :

Pour partager le questionnaire aux internes il fallait pouvoir récupérer la mailing-list des internes de chaque région, ou le mail du référent pouvant transférer le mail à ses collègues. L'accord et leur coopération dans certaines régions et certaines spécialités a pu être plus difficile à obtenir.

-Biais d'auto-sélection :

L'auto-questionnaire entraîne un biais inévitable qu'est la subjectivité des réponses. On peut imaginer deux cas de figures opposés : certains internes en souffrance ont pu minimiser leurs symptômes, alors que d'autres moins en souffrance ont pu surévaluer leur réponses afin de partager leurs revendications. Certaines questions plus sensibles que d'autres comme les idées noires, les tentatives de suicide, la consommation d'alcool de toxiques ont pu être minimisée.

Un certain nombre d'internes, et principalement ceux en souffrance psychique et en burnout, ont pu être rebuté devant la longueur du questionnaire.

Biais d'analyse :

Sur l'ensemble des questionnaires, certains ne sont pas complets, avec un taux de réponses manquantes non négligeables de 7%. Nous avons choisi de les inclure malgré tout dans l'étude. Lorsque le MBI était incomplet il n'a pas été calculé ; les données épidémiologiques de ces questionnaires ont tout de même été prises en compte.

Certaines questions sont subjectives et ont été analysées comme tel. Par exemple, pour la question sur « le nombre d'heures travaillées », notre objectif n'était pas de savoir combien d'heures par semaine travaillent les internes, mais de recueillir leur ressenti subjectif. Le nombre d'heures travaillées peut être majoré par le fait qu'il soit auto-déclaré.

6.4.3.2. Critiques concernant les informations recueillies

Le questionnaire a été réalisé en s'inspirant le plus fidèlement possible de celui réalisé par l'Observatoire régionale de la Santé du Limousin dans son étude sur la souffrance des médecins. Il a été nécessaire d'adapter certaines questions au fait que les internes soient encore en formation ainsi qu'à leur statut particulier. Par exemple, nous avons recueillis des informations sur leur année d'internat, sur les journées de formation.

Le manque de réponse

Nous pouvons remarquer que le taux de réponse au questionnaire est moins élevé que dans l'étude de l'ORS (19% versus 44%). Plusieurs éléments ont pu être à frein selon nous: le manque de coopération pour le partage du questionnaire, la période de l'année où de nombreux questionnaires en

ligne sont partagés aux internes pour leur thèse, leur Diplôme d'étude spécialisée, ou leur Diplôme Universitaire ce qui peut entraîner un effet de saturation. Ayant voulu conserver le test MH5 sur la souffrance psychologique et le test MBI sur le burnout, le questionnaire a pu souffrir de sa longueur, qui de plus est, devenait moins facile d'accès sur un Smartphone (outil majoritairement utilisé par les internes). En moyenne une dizaine d'internes n'ont pas répondu à chacune des questions. Les questions où il manquait le plus de réponses étaient les questions finales sur les aides et soutien possible, soit par manque d'intérêt pour la question, ou très probablement par lassitude.

Egalement notre étude ne bénéficiai pas de la même puissance financière que celle de l'ORS ni de ses moyens humains pour la diffusion et la relance du questionnaire.

Questions mal formulées

PA posteriori nous pensons, qu'il manquait la réponse « non concerné » à certaines questions, notamment pour celle concernant les idées suicidaires : « *[idées suicidaires] Si oui, des problèmes professionnels en étaient-ils la cause ?* » ce qui pourrait suggérer un lien unique entre le mal être et le travail.

Un interne a précisé qu'il n'était pas possible de mettre mieux que bon à l'état général et au moral.

Enfin, l'intitulé du questionnaire « la souffrance des internes (titre identique à celui de l'Observatoire Régionale de la Santé du Limousin) pourrait avoir induit que la souffrance fait partie du métier d'interne, peut-être qu'un titre comme « ressenti des internes » aurait été plus neutre.

6.4.4. Implications pratiques et perspectives

Le suicide est évitable. Les connaissances en matière de comportements suicidaires ont considérablement évolué au cours des dernières années. La recherche a, par exemple, mis en exergue l'importance de l'interdépendance entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels dans le déterminisme des comportements suicidaires. Parallèlement, l'épidémiologie a permis d'identifier de nombreux facteurs de risque et de protection aussi bien au sein de la population générale qu'au sein des groupes vulnérables comme les médecins. Aujourd'hui, 28 pays sont dotés d'une stratégie nationale de prévention du suicide pour la population générale. En outre, de nombreuses unités de recherche sur le suicide ont été instaurées et il existe des diplômes universitaires axés sur le suicide et la prévention du suicide (274).

Il existe une certaine spécificité à la prise en charge du risque suicidaire chez les médecins. L'absence fréquente de médecin traitant, l'absence de médecine du travail, la banalisation de leur souffrance, le déni ou la tendance à cacher les symptômes dépressifs, et l'automédication rendent difficile le dépistage et la prise en charge du médecin à risque suicidaire. Parallèlement, Il existe souvent un contre transfert de la part du médecin qui le soigne, avec une projection de ses propres peurs, et une tendance à minimiser ou refuser de voir la souffrance et le risque de passage à l'acte de son confrère. Il peut être également ambivalent dans sa prise en charge (« je ne peux pas lui faire ça »), craignant une stigmatisation ou des conséquences professionnelles en l'hospitalisant.

La souffrance psychique et le risque suicidaire restent tabous même au sein du milieu médical. Le médecin est un « sauveur » et un médecin malade apparaît comme un paradoxe. Le médecin est victime du mythe du surhomme. Avérée sa détresse en tant qu'interne ou médecin au sein de sa profession revient à réaliser notre fragilité, mais c'est aussi le début de l'accès aux aides possibles.

Reconnaitre et évaluer la crise suicidaire chez les médecins

Il existe 3 groupes de facteurs de risques qui peuvent alarmer quant à l'existence d'une crise suicidaire :

- Les facteurs primaires : la présence d'un trouble psychiatrique caractérisé, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire ou une impulsivité; ces différents facteurs de risques sont en interaction réciproque et ont une valeur d'alerte et surtout pourront être influencés par les traitements proposés.

- Les facteurs secondaires: les pertes parentales précoces, l'isolement social, les difficultés financières et professionnelles, les événements de vie négatifs. Observables dans l'ensemble de la population et faiblement modifiables par la prise en charge, ils n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires.

- Les facteurs tertiaires : tels le sexe, l'âge etc., ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires (275).

Les événements de vie négatifs, sont des changements dans la vie du sujet, possiblement source de souffrance et qui seront interprétés et résolus selon la personnalité du sujet. Les suicidants présentent 4 fois plus d'évènements de vie négatifs dans les 6 mois précédents le passage à l'acte que la population générale et 1,5 fois plus que les déprimés ne faisant pas de tentative de suicide (275).

Certains éléments doivent ainsi alerter et entraîner la recherche d'éléments suicidaires. Chez un médecin déjà suivi par un confrère pour des troubles psychiatriques, il faudra être vigilant face à une modification ou une aggravation récente des symptômes. Lorsqu'il n'y a pas d'antécédents

psychiatriques, il faudra surveiller de manière rapprochée (médecin traitant, médecine du travail, entourage, confrères) en cas de :

- Survenue d'une pathologie organique à retentissement vital ou à impact déstabilisant.
- Symptomatologie physique inexplicée, pouvant masquer un état dépressif.
- Evénement vécu comme stressant.
- Conduite inhabituelle.

Quand l'entretien est possible, il est important d'aborder et de questionner le médecin souffrant sur la présence ou non d'idéations suicidaires. Il est possible d'utiliser des échelles d'évaluation du risque suicidaire (l'échelle de Poldinger, l'évaluation du risque suicidaire de Ducher (annexe 5)) qu'il ne faut pas hésiter à réaliser malgré les réticences fréquentes des médecins en souffrance psychique.

Il est important d'évaluer la dangerosité et le degré d'urgence du risque de passage à l'acte suicidaire. Il existe schématiquement 6 éléments à explorer :

1. Le niveau de souffrance : présence de désarroi ou désespoir ; d'un repli sur soi ; d'isolement relationnel ; d'un sentiment de dévalorisation ou d'impuissance ; ou un sentiment de culpabilité.
2. Le degré d'intentionnalité : présence d'idées envahissantes, de ruminations ; recherche ou non d'aide ; dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).
3. Les éléments d'impulsivité : présence d'une tension psychique, d'une instabilité comportementale ; d'une agitation motrice ou d'un état de panique ; antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.
4. Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, etc.
5. La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc.
6. La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère ».

On peut alors classer le patient à risque de passage à l'acte suicidaire en 3 niveaux d'urgence (cf. tableau 19). La dangerosité, c'est à dire la létalité et l'accessibilité aux moyens de suicide peut également est classer en 3 niveaux. S'il n'y a pas de plan précis la dangerosité est non évaluable (cf. tableau 20). On Peut évaluer l'intentionnalité suicidaire avec l'échelle d'intentionnalité de Beck (annexe 6)

Tableau 20 : les 3 degrés d'urgence selon l'ANAES dans la crise suicidaire (276)

URGENCE FAIBLE	URGENCE MOYENNE	URGENCE ÉLEVÉE
<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> est dans une relation de confiance établie avec le praticien. <input type="checkbox"/> désire parler, est à la recherche de communication <input type="checkbox"/> cherche des solutions à ses problèmes <input type="checkbox"/> pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis <input type="checkbox"/> pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise <input type="checkbox"/> n'est pas anormalement troublé, n'est pas psychologiquement souffrant 	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> présente un équilibre émotionnel fragile <input type="checkbox"/> envisage le suicide. Son intention est claire <input type="checkbox"/> a envisagé un scénario mais dont l'exécution est reportée <input type="checkbox"/> ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir <input type="checkbox"/> a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi <input type="checkbox"/> est isolé 	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> est décidé, a planifié le passage à l'acte prévu pour les jours qui viennent <input type="checkbox"/> est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé <input type="checkbox"/> est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation <input type="checkbox"/> dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues <input type="checkbox"/> a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider <input type="checkbox"/> a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé <input type="checkbox"/> est très isolé

Tableau 21 : Évaluation de la dangerosité (277)

NIVEAU DE DANGEROUSITÉ	
Accès direct et facile à des moyens fortement létaux	ÉLEVÉE
Létalité possible, accès possible	MOYENNE
Moyens faiblement létaux	FAIBLE

Védécé, interne en huitième année de médecine, et auteur de « Vie de Carabin » une bande dessinée, relatant le quotidien d'un interne en médecin a réalisé plusieurs dessins sur le suicide des internes, que l'on peut retrouver sur son site internet : <http://www.viedecarabin.net/>)

*Ils sont jeunes.
Ils sont beaux.
Ils sont intelligents.
Ils ont réussi leurs études.*



Tout leur réussit dans la vie.

(Crédit : Védécé = Vie de Carabin <http://www.viedecarabin.net/>)

Et pourtant...

*Ils se suicident 3 fois plus
que le reste des français.*



*Aujourd'hui, nous allons parler
du suicide des professionnels de santé.*

(Crédit : Védécé = Vie de Carabin <http://www.viedecarabin.net/>)

Aides universitaires et institutionnelles

La prise en charge du risque suicidaire nécessite des espaces et des temps de prévention, notamment durant la formation médicale.

Une évaluation de l'état psychologique de l'étudiant lors du concours de première année de médecine serait à réfléchir. L'entrée en médecine ne se base que sur une évaluation de connaissances théoriques, mais ne recherche pas les personnalités plus fragiles. D'autres corps de métiers comme par exemple le concours d'infirmier présente un entretien oral pour évaluer l'état psychologique du postulant. Une évaluation de l'aptitude psychologique est demandée avant de commencer l'internat, mais celle-ci n'est pas réalisée par un médecin spécialisé, mais par n'importe quel confrère acceptant de le remplir, ne permettant pas de repérer et d'aider les étudiants ayant besoin d'une prise en charge plus spécifique. Ceci complique parfois le parcours de l'étudiant qui poursuit ces années d'études, et qui ne perçoit parfois ses difficultés qu'une fois en contact avec des patients, des confrères et une équipe soignante.

L'absence de cours ou d'informations sur la souffrance psychologique des étudiants en médecine, des internes et des médecins est la règle. L'intégration d'informations ciblées pour les externes et les internes apparaît au vu de notre travail comme une urgence incontournable. Des sessions d'informations sur les symptômes de burnout, les problèmes d'addictions, sur les risques de l'automédication notamment des psychotropes, et enfin sur les lieux d'aide possible pourraient être réalisées à plusieurs moments du cursus de l'étudiant. Des sessions lors des formations médicales continues pourraient être dispensées sur le thème de la souffrance des médecins qu'ils soient libéraux ou hospitaliers.

Une évaluation de la souffrance psychologique avec le test MH-5 pourrait être réalisée de manière systématique lors des visites à la médecine universitaire préventive, elles-mêmes pouvant devenir obligatoire. La réalisation du test MBI pour le burnout pourrait être proposée. Les étudiants et internes présentant des signes de souffrances psychologiques seraient orientés vers des lieux d'accueil et de suivi individuel et anonyme. Car il est difficile pour un étudiant en santé d'aller consulter sur son lieu de travail ou dans un possible futur lieu de stage. La médecine préventive pourrait également informer l'interne et vérifier qu'il a bien un médecin traitant, tout en lui rappelant les risques de l'automédiation.

Une fois interne, une évaluation à l'entrée de l'internat et à mi- internat semblerait intéressante au sein de la médecine du travail. Des consultations sont obligatoires pour tout salarié, n'oublions pas que l'interne est un étudiant mais également un salarié qui devrait bénéficier des mêmes droits que les autres.

L'interne en médecine ou le médecin en souffrance pourrait être prise en charge (diagnostic, prise en charge initiale et suivi ambulatoire) par une équipe et un lieu de consultation spécialisés, auprès d'un praticien sensibilisé, formé et acceptant la complexe prise en charge psychiatrique des confrères. Il pourrait lui être proposé de signer un contrat de soin. Ce contrat thérapeutique pourrait être entre le médecin souffrant et un médecin référent. En cas de situation où le droit d'exercer du médecin malade est en jeu, un contrat avec le conseil de l'ordre des médecins pourrait être intéressant. Ce contrat comprendrait une désignation d'un médecin traitant autre que lui-même ainsi que l'arrêt de l'automédication. Toute ordonnance serait faite désormais par le médecin généraliste ou le psychiatre référent. Cette proposition de soin permettrait au médecin d'accepter sa position actuelle de patient.

Le suicide des soignants, ce n'est que la partie émergée de l'iceberg...



Aides personnelles

Comme pour toutes maladies, il est préférable de faire de la prévention et de traiter le problème avant qu'il n'arrive. Il est donc important de lever le tabou de la souffrance du médecin, pour en discuter en amont avec ses co-internes, ses confrères, sa famille, ne pas attendre l'état de crise, où l'on en voit plus d'issue pour en parler. Il faut être attentif aux signes d'alarmes physiques et psychologiques, ainsi qu'aux actes manqués répétés (oublier des éléments d'un dossier du patient, oublis de rendez-vous...). La triade fatigue, démotivation, idées noires doit conduire à proposer un avis médical, spécialisé si possible. La vie hors de la médecine prend tout son sens dans la lutte contre l'épuisement professionnel. Il faut savoir s'évader du quotidien, et élargir ses centres d'intérêts. Il est aussi nécessaire de rompre l'isolement, par exemple en assistant à des formations, médicales continues qui permettent d'échanger en conviviale et confraternité. (257)

Le médecin peut assister à des groupes de parole de type Balint. M. Balint était un psychanalyste anglais d'origine hongroise qui travaillait à l'époque à la Tavistock Clinic, haut lieu de recherche et de pratique autour des groupes, mais aussi consultation de psychiatrie. Ce ne sont pas des groupes d'enseignement mais des groupes de « formation et de recherche » à partir de cas cliniques apportés par les médecins sans notes et sans prise de notes. Balint insistait sur « la difficulté à reconnaître l'écart entre son comportement réel et ses intentions et croyances », ce qu'il a désigné d'un terme ambigu : « la fonction apostolique du médecin ». Les groupes Balint furent introduits en France dans les années 1960 sous forme de groupes de huit à dix médecins se réunissant tous les quinze jours pendant deux heures avec un ou deux analystes. Les séances se construisent autour de la présentation par un membre du groupe, d'une situation clinique. Les autres membres du groupe écoutent sans l'interrompre. Puis ils peuvent réagir et intervenir en questionnant, en exprimant leur avis, voire leurs émotions. Le narrateur entend et cherche à répondre aux questions tout en découvrant un autre éclairage de sa relation médecin-malade. La règle de fonctionnement est basée sur la spontanéité, les associations libres des idées et des ressentis, absence de notes, le respect de la parole et la confidentialité (278,279).

Le médecin peut s'orienter également vers différentes techniques pour gérer son anxiété ou son stress comme la relaxation, l'autohypnose, ou la pleine conscience. Aux Etats-Unis, le Pr Jon Kabat-Zinn, met au point une méthode de réduction du stress basée sur la pleine conscience laïque (inspirée du bouddhisme). Il crée la première clinique du stress et le programme du MBSR (Mindfulness Based Stress Réduction), qui comprend un cours de huit semaines qui combine la méditation et le hatha yoga pour faire face au stress, à la douleur, et à la maladie en utilisant la conscience de l'instant présent. Le Dr Corinne Isnard-Bagnis crée à l'université Pierre et Marie Curie à Paris un nouveau diplôme universitaire (DU) intitulé « Relation de soin et gestion du stress » à destination des professionnels de santé de toutes disciplines ayant en charge des patients atteints d'une

maladie chronique. Son objectif est d'améliorer la qualité de la relation patients-soignants et de favoriser la prévention des risques psychosociaux (stress, burnout, dépression, suicide). La formation comporte une partie théorique (bases neurophysiologiques de la méditation, applications potentiellement médicales, etc.), mais également des notions de thérapie narrative, des jeux de rôle autour des difficultés de communication (annoncer un diagnostic, gérer un conflit au travail..) auxquels s'ajouteront 4 jours de pratique méditative. Le but de cette formation est de développer qualitativement la relation de soin et d'être capable d'orienter les patients vers la méditation de pleine conscience. Le médecin s'appropriera l'outil également pour lui-même. L'Université McGill au Québec grâce à psychologue Patricia Dobkin, a rendu obligatoire la formation en méditation de pleine conscience pour les étudiants en médecine de 3^{ème} année (169,280).

La prise en charge du médecin en souffrance nécessite d'instaurer des règles de soins strictes :

- Nécessité de désigner un médecin autre que lui-même.**
- Arrêt de l'automédication, toute ordonnance devant être faite désormais par le médecin généraliste ou le psychiatre référent.**
- Mise en place de consultations obligatoires de médecine du travail avec des médecins formés aux soins psychiques aux médecins.**
- Possibilité de consulter un confrère psychiatre dans un contexte de consultation dédiée auprès d'un praticien sensibilisé, formé et acceptant la complexe prise en charge psychiatrique de confrères**

CONCLUSION

La souffrance psychique, mais aussi, à une moindre mesure, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, sont malheureusement fréquentes chez les médecins comme le montre l'étude sur la souffrance des médecins de l'Observatoire Régionale de Santé du Limousin de 2015. Près de 33% des médecins du Limousin présenteraient une souffrance psychique selon ce travail, 17% rapportent des idéations suicidaires et 4% des antécédents de tentatives de suicide.

Les études s'intéressant à la souffrance des soignants notamment des médecins et des internes sont de plus en plus nombreuses. La revue de la littérature met en évidence des taux plus élevés d'idéations suicidaires chez les médecins, un taux moindre de tentatives de suicide, mais plus de suicides « aboutis » par rapport à la population générale (le risque relatif de suicide pour les médecins est de 1,1 à 3,4 pour les hommes et de 2,5 à 5,7 pour les femmes comparés à la population générale). Un médecin avec idéation suicidaire aurait ainsi un plus grand risque que le passage à l'acte suicidaire se termine par un décès (Le risque de décès par suicide est 70% plus élevé chez les hommes médecins que pour les hommes de la population générale et 250 à 400% plus élevé pour les femmes médecins que les autres femmes).

Les taux de suicide des hommes et des femmes médecins sont statiquement proches, et nettement plus élevés que dans la population générale, notamment pour les femmes médecins. On retrouve des taux de suicides plus importants chez les médecins durant les années professionnelles actives.

La spécialité exercée par l'interne ou le médecin serait un facteur de vulnérabilité. La médecine générale, la psychiatrie et l'anesthésie-réanimation présenteraient ainsi des taux plus élevés d'idéations suicidaires, de tentatives de suicide et de suicides aboutis. Si l'on s'intéresse au modus operandi utilisé, l'intoxication médicamenteuse volontaire est le moyen le plus souvent utilisé, favorisé par la facilité d'accès aux médicaments et les bonnes connaissances pharmacologiques des médecins. Autre donnée forte de la littérature, les suicides ne surviennent que très rarement de manière isolée. Ils sont très souvent associés à des troubles de l'humeur (épisode dépressif / bipolarité), des pathologies addictives, des troubles de la personnalité, ou plus rarement des troubles schizophréniques.

Notre travail met en évidence une importance similaire chez les internes de la Nouvelle-Aquitaine. 21,6% d'entre eux présentent une souffrance psychologique avec une positivité à l'échelle d'évaluation du burnout, 13% rapportent des idéations suicidaires dans les 24 derniers mois et 1,7% des antécédents de tentatives de suicide. Ces chiffres nous paraissent particulièrement importants et doivent nous conduire à une réflexion soutenue sur l'accompagnement des futurs praticiens au cours de leur internat comme le confirment les nombreux commentaires libres de notre étude.

Le « contexte » suicidaire des internes de la région Nouvelle-Aquitaine se caractérise dans notre étude par des résultats comparables aux données de la littérature et à ceux l'étude de l'ORS du Limousin : prédominance féminine, existence de spécialités plus à risques (médecine générale, psychiatrie, et la chirurgie) l'influence du célibat, nombre d'heures et charge de travail plus importante, plus d'insatisfaction professionnelle et de souhait de reconversion. On retrouve également, comme dans la littérature une consommation plus importante de psychotropes et un moral passable à mauvais avec une souffrance psychologique et des taux de burnout élevés.

Nous avons formulé plusieurs hypothèses pour tenter d'expliquer ces résultats pour le moins inquiétants. La plus importante étant selon nous l'action de facteurs stressants intrinsèques au métier de médecin qui pourraient précipiter l'émergence de pathologies psychiatriques, chez les sujets prédisposés. Jeune âge, faible expérience, charge de travail importante et niveau élevé de responsabilité se conjuguent pour faire des internes une population à risque de passage à l'acte suicidaire qu'il convient de protéger.

Le suicide est évitable. L'instauration de mesures de prévention primaire et secondaire devient une nécessité. Dans ce sens nous avons fait des propositions comme la création de consultations obligatoires permettant d'évaluer l'état psychique de l'étudiant en médecine et de l'interne ou la mise en place d'un temps d'information sur le burnout, les addictions, les risques de l'automédication, et les structures d'aides possibles.

Nous proposons également qu'une prise en charge spécifique du médecin en souffrance soit disponible avec un ou des médecins spécialisés dans l'aide aux soignants. Enfin, la désignation d'un médecin traitant et l'arrêt de l'automédication semblent être deux piliers de la prévention pour la prise en charge de l'interne et du médecin suicidaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chocard A, Gohier B, Juan F et al. Le suicide des médecins. Revue de littérature. 2003;tome VII(65):23-9.
2. Napolier F. Médecins, mais pourquoi ne vous soignez-vous pas ? - UNOF : Union Nationale des Omnipraticiens Français [Internet]. egora #55. 2015. Disponible sur: http://www.unof.org/spip.php?page=imprimer_breve&id_breve=3006
3. Eneroth M, Gustafsson Senden M, Lovseth L and al. A comparison of risk and protective factors related to suicide ideation among residents and specialists in academic medicine. 2014;14:271.
4. desprès P, Grimbert I, Lemery B and al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DRESS. juin 2010;(731).
5. Gagné P, Moamai J, Bourget D. Psychopathology and suicide among Quebec Physicians : a nested cased control study. Depression Research and Treatment. 2011;6p.
6. Torre D, Wang N, Meoni L, et al. Suicide compared to other causes of mortality in physicians. 2005;35(2):146-53.
7. Informations légales | Prévention des suicides [Internet]. Disponible sur: http://www.preventionsuicide.info/information_legale.php
8. Mishara BL, Tousignant M. Comprendre le suicide. PUM; 2004. 179 p.
9. Abbar M, Ades J, Baron-Laforet S. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Hôpital de la Pitié-Salpêtrière-Paris.; 2000 p. 1-17.
10. Quenard O, Rolland J-C. « Aspect clinique et état de crise suicidaire. » Suicide et conduites suicidaires. Aspects cliniques et institutionnels. Masson. Paris.; 1982. 13-47 p. (Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale).
11. Abbar M, Ades J, Baron Laforet S. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. John Libbey Eurotext; 2001. 464 p.
12. Kessler R-C, Borges G, Walters E-E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. 1999;56:617-26.
13. Terra J. la crise suicidaire : reconnaître et prendre e charge. FMC. déc 2013.
14. Dickinson F, Martin L. Physician's mortality.1949-1951. JAMA. 1956;1462-8.
15. Dublin L, Spigelman M. The longevity and mortality of American physicians.1938-1942. JAMA. 1947;1211-5.
16. Rose K, Rosow I. Physicians who kill themselves. 1973;(29):800-5.
17. Steppacher RC. Suicide in Male and Female Physicians. JAMA J Am Med Assoc. 15 avr 1974;228(3):323.
18. Von Brauchitsch H. The physician's suicide revisited. 1976;(162).

19. Bamayr A, Feuerlein W. Suicidhäufigkeit bei Ärzten und Zahnärzten in Oberbayern. 1986;(21):39-48.
20. Juel K, Mosbech J, Hansen E. Mortality and causes of death among Danish medical doctors, 1973-1992. *Int J Epidemiol.* 1999;456-60.
21. Azerado Teixeira A. Mesure de la mortalité des médecins au Québec à partir de données administratives. 2013;1-79.
22. Hawton K, Clements A, Sakarovich C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiology Community Health.* 1 mai 2001;55(5):296-300.
23. Schernhammer E, Colditz G. Suicide rate among physicians. A quantitative and gender assessment (méta-analysis). 2004;161(12):2295-302.
24. Aasland O, HEM E, HALDORSEN T. Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. 2005; 7.
25. Torre D, Wang N, Meoni L, et al. Suicide compared to other causes of mortality in physicians. 2005;35(2):146-53.
26. Petersen MR, Burnett CA. The suicide mortality of working physicians and dentists. *Occup Med.* 1 janv 2008;58(1):25-9.
27. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche URML Bourgogne. 2001.
28. Truchot D. Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes-Rapport de recherche pour l'union régionale des médecins libéraux de Poitou-Charentes. avr 2004.
29. Truchot D. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne. 2002;
30. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission prévention et santé publique. juin 2007;1-59.
31. Conseil national de l'ordre des médecins. Observatoire pour la sécurité des médecins. Résultats année 2006.
32. Information de la CARMF. Nature des affections des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité. N°53; 2006.
33. Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au conseil national de l'ordre des médecins. oct 2003.
34. InVS. BEH N° 47-48 (13 décembre 2011).
35. Galam E. Stress professionnel des médecins : comment y remédier ? *Revue du praticien MG* Tome19. N°704/705. 10 oct 2005.
36. Galam E. Le burn out des médecins libéraux. Le généraliste. 23 févr 2007;cahier central 1 à 4.
37. Galam E. SOS médecine générale. Libération. 11 janv 2007.
38. LAMARCHE K. Suicide chez les médecins enquête descriptive auprès des psychiatres de Loire-Atlantique. [Nantes]: Faculté de médecine; 2011.

39. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. déc 2011.
40. Ferley J, Roche-Bigas B. La souffrance des soignants en Limousin. oct 2015;1-4.
41. Aasland O, HEM E, HALDORSEN T. Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. 2005;7.
42. Lindeman S, LLaara E, Hakko B. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrateur/Bureau/th%C3%A8se%20cha/th%C3%A8se%20cha/A%20systematic%20review%20on%20gender-specific%20suicide%20mortality%20in%20medical%20doctors.%20-%20PubMed%20-%20NCBI.htm>
43. Hampton T. Experts address risk of physician suicide. American medical association. Jama volume 294 N°10. 14 sept 2005;1189-91.
44. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. Soc Psychiatry Epidemiol. mars 1990;81-6.
45. Plus de femmes médecins - Observateur OCDE [Internet]. OCDE L'OBSERVATEUR. 2006. Disponible sur: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrateur/Bureau/th%C3%A8se%20cha/th%C3%A8se%20cha/Plus%20de%20femmes%20m%C3%A9decins%20-%20Observateur%20OCDE.htm>
46. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013. DREES. 2013.
47. Fauvet R and al. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011. DREES. 2012.
48. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030, de nouvelles projections nationales et régionales. DREES. 2009;
49. Houlbert C. Condition de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes installées en Midi-Pyrénées. [Toulouse]: Toulouse III Paul Sabatier; 2013.
50. Chocard A, Gohier B, Juan F et al. Le suicide des médecins. Revue de littérature. 2003; tome VII(65):2-9.
51. Center C, Davis M, Detre T. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus statement. JAMA. 2003;3161-6.
52. Samkoff J, Hockenberry S, Simon L et al. Mortality of young physicians in the United States 1980-1988. acad med. 1995;242-4.
53. Rose K, Rosow I. Physicians who kill themselves. 1973;(29):800-5.
54. Neil H, Fairer J, Coleman M, Thurston A, Vessey H. Mortality among male anesthetists in the United Kingdom.1957-1983. Br Med j. 1987;360-2.
55. AMA. American medical association council on scientific affairs. Physician mortality and suicide : results and implication of the AMA-APA pilot study. Conn Med. 1986;37-43.

56. Goodman L. The longevity and mortality of American physicians, 1969-1973. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society.* 1975;353-75.
57. Alexander B, Checkoway H, Nagagama S, Domino K. Cause specific mortality risk of anesthesiologists. *Anesthesiology.* 2000;919-21.
58. Lew E. Mortality experience among anesthesiologists, 1954-1976. *Anesthesiology.* 1979;195-9.
59. Freeman W. Psychiatrists who kill themselves : a study in suicide. *AM J Psychiatry.* 1967;846-7.
60. Carpenter L, Swerdlow A. Mortality of doctors in different specialties : finding from a cohorts of 20000 NHS hospital consultants. *Occupational and Environmental Medicine.* :388-95.
61. Rich C, Pitt F. Suicide by psychiatrists : a study of medical specialist among 18730 consecutive physician deaths during a five-year period 1967-72. *J Clin Psychiatry.* 1980;261-3.
62. Leopold Y. Burnout. Suicide. médecin malade. URML PACA CARMF. 2009;
63. Hawton K, Malmberg A, Simkin S. Suicide in doctors. A psychological autopsy study. *J psychosom res.* 2004;1-4.
64. DRESS. Suicide et tentative de suicide en France. mai 2006;1-8.
65. HK et al. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10873184>
66. Nock K, Borges G, Bromet E. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry.* janv 2008;98-105.
67. Bernal M, Haro J, Bernert S. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Affect Disord.* août 2007;27-34.
68. Sakinofsky I. Suicide in Doctors And Wives Of Doctors. *Can Fam Physician.* juin 1980;837-844.
69. Myers M. *Doctors' Marriages: A Look at the Problems and Their Solutions.* 2nd ed. New York: Springer. 1994.
70. Sotile W, Sotile M. *The Medical Marriage: A Couple's Survival Guide.* Carol Publishing. 1996.
71. Miller N, McGowen R. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J.* 2000;966-973.
72. Goldman L, Myers M, Dickstein L. *The Handbook of Physician Health: The Essential Guide to Understanding the Health Care Needs of Physicians.* American Medical Association. Chicago; 2000. 268p p. (1 Edition).
73. CARMF. Médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès. 2013.
74. Caplan R. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ.* 16 sept 1994;1261.
75. Ramirez A, Graham J, Richards M. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet.* mars 1996;724-8.
76. Welner A, Marten S. Psychiatric disorders among professional women.

77. Artman A. Programme d'aide aux médecins malades en Catalogne PAIMM. In: Médecins maladeen 2011 : mieux vaut soigner qu'être soigner. Toulouse; 2010.
78. Magnan A. Programme d'aide aux médecins du Québec. In Toulouse; 2010.
79. Myers M, Gabbard G. The suicidal physician and aftermath of physician suicide. The physician as patient. American psychiatric publishing. 2008;185-203.
80. Cavanagh J, Carson A, Sharpe M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. juill 2003;947.
81. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Autopsie Psychologique : Mise en œuvre et démarches associées -. Les éditions Inserm. 2008;131p (Expertise opérationnelle).
82. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) -. Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Les éditions Inserm. 2005;199p (Expertise collective).
83. Leriche B, Biencourt M, Bouet B, Carton M. le médecin malade. conseil national de l'ordre des médecins; 2008 juin p. 81. (Rapport de la commission national permanente).
84. Ford D, Mead L, Chang P. Depression Is a Risk Factor for Coronary Artery Disease in Men. Arch Intern Med. 13 juill 1998;1422-6.
85. Andrew L. Physician Suicide. Medscape reference. juill 2010.
86. Patel R. Physicians, Residents, Medical Students: Burnout Syndrome, Depression and Suicide. East Tennessee State University.
87. Blazer D, Kessler R, McGonagle K. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry. 1994;979-86.
88. Frank E, Dingle A. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. Am J Psychiatry. déc 1999;1887-94.
89. Zoccolillo M, Murphy G, Wetzel R. Depression among medical students. J Affect Disord. juill 1986;91-6.
90. Givens J, Tija J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. sept 2002;918-21.
91. Shaw D, Wedding D, Zeldow P. Suicide among medical students and physicians, special problems of medical students. ed. Behavior and Medicine. 3rd Hogrefe and Huber. 2001;78-9.
92. Schwenk T, Davis L, Wimsatt L. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. JAMA. sept 2010;1181-90.
93. Fahrenkopf A, Sectish T, Barger L. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ. 1 mars 2008;488-91.
94. Douglas A, Marco A, Narinder B. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2015;2373-83.

95. Scocco P, de Girolamo G, Vilagut. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders--World Mental Health study. *Compr Psychiatry*. févr 2008;13-21.
96. Kessler R, Borges G, Walters E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. juill 1999;617-26.
97. Casey P, Dunn G, Kelly B. The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. avr 2008;299-304.
98. Pitts F, Schuller A, Rich C. Suicide among U.S. women physicians, 1967-1972. *Am J Psychiatry*. mai 1976;:694-6.
99. Leiter M, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory analytic study. *Anxiety Stress & Coping (Impact Factor: 1.97)*. nov 1994;357-73.
100. Lacovides A, Fountoulakis K, Kaprinis S. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord*. aout 2003;209-21.
101. Thomas N. Resident burnout. *JAMA*. 2004;2880-9.
102. Soler K, Yaman H, Esteva M. Research network burnout study group. Burnout in European family doctors : the EGPRN study. *Family practice*. 2008;245-65.
103. Truchot D. le burnout des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Annales médico-psychologiques. Revue psychiatrique, Elsevier Masson*. :422.
104. Dyrbye L. Multicenter Study of Burnout, Depression, and Quality of Life in Minority and Nonminority US Medical Students.
105. Dyrbye L, Thomas M, Massie F and al. Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Ann Intern Med*. 2008;334-341.
106. Truchot D, Lheureux F, Borteyrou X. Santé physique et idéations suicidaires chez les médecins généralistes. L'influence du burnout. Chapitre 49 santé;
107. Rivoire B, Colombat P, Perrier M. Fréquence et étiologie du syndrome de Burnout chez les internes en médecine au chu de tours entre 1999 et 2000. *Med pal*. 2003;303-6.
108. Gleizes M, Ravazet A. Évaluation du stress perçue chez le généraliste et recherche de ses causes en Haute- Garonne et à Paris. Thèse de médecine. 2001.
109. Robert E. Le syndrome d'épuisement professionnel: enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan. Université Rennes; 2002.
110. Cathebras P, Begon A, Laporte and al S. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Press med*. 2004;1569- 74.
111. 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.

112. Phillippon C. Syndrome d'épuisement professionnel : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généraliste Rhône-Alpins. [Thèse de médecine générale.]. Université de Lyon 1; 2004.
113. Jarry C. Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire. [Thèse de médecine générale.]. 2003.
114. Elouali S. Etude du burnout ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins libéraux du Cher. [Thèse de médecine générale]. Université de Tours; 20.
115. Guinaud M. Evaluation du burnout chez les internes en médecine générale et étude des facteurs associés. [Thèse Créteil]. UFR médecine; 2006.
116. 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.
117. 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.
118. Estryn-Béhar M, Muster D, Doppla M. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins. Résultats de l'enquête SESMAT- références et tableaux. Le concours médical. 2009.
119. 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.
120. Pittaco M. Les internes sont-ils en burnout? Thèse de Médecine. Université Paris Descartes.; 2009.
121. Maupas J, Martinez J. Enquête sur la santé des médecins. CDOM et URML Haute Normandie.; 2008.
122. Tsuang M, Farone S. Schizophrenia. Second edition. New York; 2005. (Oxford University Press Inc.).
123. World Health Organisation. The global burden of disease. 2004 update. [Internet]. Disponible sur: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html. Accessed 06/09/11.
124. Gavaudan G, Besnier, G, Lançon G. Suicide et schizophrénie : évaluation du risque et prévention. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. mars 2006;165-75.
125. Cottraux J, Blackburn I. Psychothérapie cognitive des troubles de la personnalité. Masson. Paris; 2006.
126. Home | APA DSM-5 [Internet]. Disponible sur: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
127. Huang Y, Kotov R, de Girolamo G and al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. The British Journal of Psychiatry. 2009;46-53.
128. Torgersen J, Oldam J, Skodol A and al. epidemiology in :textbook of personality disorders. American psychiatry publishing. 2005;129-41.

129. Gunderson J. Borderline personality disorder : ontogeny of a diagnosis. *Am J psychiatry*. mai 2009;530-9.
130. Lieb K, Zanarini N, Schmahl C and al. Borderline personality disorder. article de synthèse. *the lancet*. 2004;453-61.
131. American Psychiatric association practices guidelines. Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;1-52.
132. Lorillard S, Schmitt L, Andreoli A. Comment traiter la tentative de suicide ? Seconde partie : une revue des traitements et de leur efficacité chez des patients borderline; *Annales médico-psychologiques*. 2011;229-36.
133. Lutsky H, Hopwood M, Abram S and al. Psychoactive substance use among american anesthesiologists: a 30 year retrospective study. *Can J Anaesth*. 1993;915-21.
134. Lutsky H, Abram S, Cerlett J and al. Use of psychoactive substances in three medical specialties: anaesthesia, medicine and surgery. *Can J Anaesth*. 1994;561-7.
135. McAuliffe W. Nontherapeutic opiate addiction in health professionals: a new form of impairment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1984;1-22.
136. Bonnet F. Conduites addictives chez les professionnels de santé. Hôpital Tenon, Hôpitaux de Paris, Université Pierre & Marie Curie.: *Le Congrès Infirmiers. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état*; 2013.
137. Berge K, Seppala M, Schipper A. Chemical dependency and the physician. *Mayo Clin Proc*. 2009;625-31.
138. Cauchard L, Courtet P. La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins ? la lettre du cancérologue. sept 2012.
139. Holtman M. Disciplinary careers of drug-impaired physicians. *Soc Sci Med*. févr 2007;543-53.
140. Simon W. Suicide among physician : prevention and postvention. *Crisis*. 1986;1-13.
141. Ward C, Ward G, Saidman L. Drug abuse in anesthesia training programs: a survey 1970 through 1980. *JAMA*. 1983;922-5.
142. Farley W. Addiction and the anaesthesia resident. *Can J Anaest*. 1992;11-7.
143. Menk E, Baumgarten K, Kingsley C and al. Success of reentry into anesthesiology training programs by residents with a history of substance abuse. *JAMA*. 1990;3060-2.
144. Baldwin D, Hughes P, Conard S and al. Substance abuse among senior medical students. A survey of 23 medical schools. *JAMA*. 1991;2074-8.
145. Lutsky I, Abram S, Jacobson G and al. Substance abuse by anesthesiology residents. *J J Acad Med*. 1991;164-6.
146. Hughes P, Storr C, Brandenburg N and al. Physician substance use by medical specialty. *Addict Dis*. 1999;23-7.
147. Paris R, Canavan D. physician substance abuse impairment: anesthesiologists vs other specialties. *J Addict Dis*. 1999;1-7.

148. Gillard L. « La Santé des Généralistes ». [Paris.]; 2006.
149. Vincent M. Détresse du médecin américain. *Med et hyg.* 1987;2121-6.
150. Goldsmith S, Pellmar T, Kleinman A and al. *reducing suicide : a national imperative.* National Academic press. 2002;
151. Gold K, Sen A, Schwenk T. Details on suicide among US physician : data from the national violent death reporting system. *gen hosp Psychiatry.* :45-9.
152. Bressler B. Suicide and drug abuse in the medical community. *Suicide Life Threat Behav.* 1976;169-78.
153. Burcoveanu T. Workaholisme : état des connaissances. *référence santé au travail.* sept 2014;143-51.
154. Spence J, Robbin A. Workaholism : definition, measurement, and preliminary results. *J Pers Assess.* 1992;160-78.
155. Varescon I. *Les addictions comportementales : Aspects cliniques et psychopathologiques.* 2009. (Broché).
156. Cherrington D. *The work ethic : working values and values that work.* Amacon Books. 1980;288.
157. Homsieh E. Souffrez-vous d'une addiction au travail ? *Journal Association FSI USJ.* 2007;40- 2.
158. Schaufeli W, Bakker A, Van der Heijden F and al. Workaholism among medical residents : it is the combination of working excessively and compulsively that counts. *J Stress Manag.* 2009;249-72.
159. Rezvani A, Bouju G, Keriven-Dessomme B and al. La dépendance au travail : les médecins sont-ils à risque ? *Grall-Bronnec Occupational medicine.* 2014;410-6.
160. Rucinski J, Cybulska E. Mentally ill doctors. *British Journal of Hospital Medicine.* 1985;90-4.
161. Pilowski L, O'Sullivan G. Mental illness in doctors. *BMJ.* janv 1989;269-70.
162. Litli T. *Hippocrate.* 2014.
163. Tyssen R, Rovik J, Vaglum and al. Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2004;989- 93.
164. Genest C. *La souffrance éthique dans le travail des médecins.* Laval au Québec; 2012.
165. Reuben D. Psychologic effects of residency. *South Med J.* 1983;380-3.
166. Kirsling R, Kochar M. Suicide and the stress of residency training: a case report and review of the literature. *Psychol Rep.* 1989;951-9.
167. Fridner A. *Career Paths and Career Patterns among Physicians with a PhD.* [Uppsala University,]; Department of Psychology; 2004.

168. Foster S, McMurray J, Linzer M and al. Results of a gender-climate and work-environment survey at a midwestern academic health center. *Acad Med.* juin 2000;653-60.
169. Bergman B, Ahmad F, Stewart D. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res.* févr 2003;171-8.
170. Linhart, D, Hélardot V. La « modernisation » des pénibilités du travail et de l'emploi : Programme Santé-Environnement Santé- Travail -. Descriptif scientifique du projet. 2010.
171. Persaud R. Reducing the stress in medicine. *Postgraduate Medical Journal.*, 2002;1-3A.
172. McCue. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med.* 1982;458-63.
173. Bennett J, O'Donovan D. Substance misuse by doctors, nurses and other healthcare workers. *Current Opinions in Psychiatry.* 2001;195-9.
174. Firth-Cozens, J. Predicting stress in general practitioners: 10 year follow up postal survey. *British Médical Journal.* 1997;34-5.
175. Winckler M. La maladie de Sachs. *Folio.* 2005. 672 p. (Folio).
176. de Bonnières A, Estry-Béhar M, Laussaunière J. Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine palliative.* 2010;167-76.
177. Bertrand, F, Martinez P, Thiercelin D and al. Charge de travail des médecins des urgences : problème quantitatif ou qualitatif ? De la sérénité du médecin des urgences. *Reanim Urgences.* 2000;492-7.
178. Conseil national de l'ordre des médecins. Présentation des résultats de la grande consultation de l'Ordre des médecins pour la Santé de demain [Internet]. 2015. Disponible sur: www.conseil-national.medecin.fr
179. Le quotidien du médecin. Le projet de loi de santé : les médecins en colère. 24 nov 2015; Disponible sur: Lequotidiendumedecin.fr
180. Dr Gasc. Ecoutez les hurlements des médecins en souffrance ...". *Le quotidien du médecin.* 31 oct 2015.
181. Thommasen H, Lavanchy, M, Conelly I and al. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate - Opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian Family Physician.* 2001;737-44.
182. Lloyd, S, Streiner, D, Shannon, S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *The Journal of Emergency Medicine.* 1994;559-65.
183. Conseils Départementaux 76 & 27 de l'Ordre des Médecins. (. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie-. décembre 2008;16 p.
184. Goehring, C, Bovier, P. Comment se portent les médecins de premier recours suisses ? 2004.
185. Defoe D, Power M, Holzman, G and al. Long hours and little sleep: Work schedules of residents in obstetrics and gynecology. *Obstetrics and Gynecology.* 2001;1015-8.

186. Firth-Cozens, J, Cording, H. What matters more in patient care? Giving doctor's shorter hours of work or a good night's sleep? *Quality & Safety in Health Care*. 2004;165-6.
187. AAPLM. Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (2010). [Internet]. Présentation du projet de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML). 2010; 2010. Disponible sur: <http://www.aapml.fr/index2.php?m=2&page=96&PHPSESSID=b3af775429866a633fc481f51d451fc3>.
188. Losek J. Characteristics, workload, and job satisfaction of attending physicians from pediatric emergency medicine fellowship programs. *Pediatric emergency care*, 10. 1994;256-9.
189. Beauté J, Bourgeuil Y, Mousques J and al. Baromètres des pratiques en médecine libérale, résultat de l'enquête 2006. L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. aout 2007.
190. Bertges Yost, Eshelman, A, Raoufi and al. A National Study of Burnout Among American Transplant Surgeons. *Transplantation Proceedings*,. 2005;1399-401.
191. Edwards N, Kornacki M, Silversin, J. Unhappy doctors: What are the causes and what can be done? *British Medical Journal*. 2002;835-8.
192. McGlone S, Chenoweth I. Job demands and control as predictors of occupational satisfaction in general practice. *Med J Aust*. 2001;88-91.
193. SHAM. Panorama du risque en établissement de santé, sociale, et médico-sociale. Bilan des risques de l'année 2014. 2015.
194. Ponthieux S, Schreiber A. Dans les couples de salariés, la répartition du travail domestique reste inégale. *Données sociales, La société française*. 2006;43-51.
195. Hobbs F. Fear of aggression at work among general practioners who have suffered a previous episode of aggression. *British journal of general practice*. 1994;390-4.
196. Firth-Cozens, J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *British Journal of General Practice*. 1998;1647-51.
197. Lynoe N. ethical and professional aspects of the practice of alternative medicine. *Scandinavian journal of social medicine*. 1992;217-25.
198. Cooper R. Perspective on the physician workface to the year 2020. *Journal of the American medical association*. 1995;1534-53.
199. Van Dierendonck D, Schaufeli W, Buunt B and al. Burnout among general practioners : a perspective from equity theory. *Journal of social and clinical psychology*. 1994;86-100.
200. Maslach C. The client role in staff burnout. *Journal of social issues*. 1978;11-24.
201. Truchot D, Roncari N, Bantégne D. Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. *L'Encéphale, Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*. 2011;48-53.
202. Walters E, Walters G, Berscheid E. equity : theory and research. Allyn and bacon. 1978.
203. Adams J. Inequity in social exchange. In Berkowitz.L *Advances in experimental social psychology*. Academic press. 1965;267-99.

204. Schaufeli W. The balance of give and give and take : toward a social exchange model of burnout. *The international review of social psychology*. 2006;87-131.
205. Smet E, Visser M, Ort F and al. perceived inequity : does it explain burnout among medical specialists? *Journal of applied social psychology*. 2004;1900-18.
206. Bakker A, Schaufeli W, Sixma H and al. patient demands, lack of reciprocity, and burnout : a five year longitudinal study among general practioners. *Journal of organizational behaviour*. 2000;425-41.
207. Clark M, Ouelette R, Powell M and al. recipient's mood, relationship type and helping; *journal of personality and social psychology*. 1987;94-103.
208. BOUQUIER J, BERNARD-CATINAT, DUCLOUX and al. EVOLUTION DU METIER DE MEDECIN. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins; 2001 juin p. 1-22.
209. Sicot C. Information professionnelle Rapport du conseil médical du GAMM (Groupe des Assurances Mutuelles Médicales) sur l'exercice 1997. *Feuille de Radiologie* 1999. mars 1999;p71.
210. Hardy-Dubernet A, Gadea C. De « faire médecine » à « faire de la médecine ». *DRESS N°53*; 2005.
211. Harvey S, Laird B, Henderson M and al. The mental health of health care professionals: A review for the Department of Health . London: National Clinical Assessment Service. 2009;
212. Schneider P, Shima M, Nitta Y. Regards discrets et indiscret sur le médecin. *Médecine et psychothérapie*. Masson. 1991;
213. Sansone RA, Sansone LA. Physician Suicide. *Psychiatry Edgmont*. janv 2009;6(1):18-22.
214. Vaillant G, Sobowale, N, McArthur, C. Some psychological vulnerability of physicians. *New England Journal of Medicine*. 1972;372-5.
215. Flett G, Hewitt P. Perfectionism: Theory, research, and treatment. Washington, DC, US: American Psychological Association Perfectionism: Theory, research, and treatment; 2002. 435 p.
216. Roy D. Differences in personality factors of experienced teachers, physicians, bank managers and fine artists. *Psychological Studies*. mars 1995;51-6.
217. Akiskal K, Savino M, Akiskal H. Temperament profiles in physicians, lawyers, managers, industrialists, architects, journalists, and artists: a study in psychiatric outpatients. *J Affect Disord*. mars 2005;201-6.
218. Musson M. Personality determinants of professional culture : evidence from astronauts, pilots and physicians. 2003;145.
219. Johnson C. Les périls du perfectionnisme ou comment devenir son propre ennemi. *Formation continue-La santé des médecins-le médecin du Québec*. sept 2009;37-41.
220. Evans K, Anderson G. Guide médico-légal à l'intention des mé- decins pratiquant au Canada . 6 e éd. Association canadienne de protection médicale ; 2005;47p.

221. Chassangre K, Callahan S. Traiter la dépréciation de soi Le syndrome de l'imposteur. 2015. 224p p. (Les ateliers du praticien-Dunod).
222. Myers M, Gabbard G. The physician as patient: A clinical hand- book for mental health professionals. 2008. 242p . (Arlington : American Psychiatric Publishing).
223. Jung C. Jung, dans son livre « Fundamental questions of psychotherapy ». Collected Works of C. G. Jung. Vol. Volume 16.2ème édition. Princeton University Press. 1966; 384p (p111-125).
224. Platon. La république. Œuvres complètes. Fr: Soissange et Frères. 1827.
225. Daneault S. La notion du soignant blessé. Peut-elle être utile aux médecins de famille. Can Fam Physician. sept 2008;1223-5.
226. Thibault M. Le médecin malade. Traité d'anthropologie. 1985.
227. Guggenbühl-Craig A. Power in helping professions. Switz: Spring Publications. 1976.
228. Brooks S, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed? Journal of Mental Health. 2011.
229. Iversen A, Rushfort B, Forrest K. How to handle stress and look after your mental health. British Medical Journal,. 2009;1139-44.
230. Kay M, Mitchell G, Clavarino A and al. Doctors as patients: A systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. British Journal of General Practice. 2008;501-8.
231. Davidson, S, Schattner, P. Doctors' health-seeking behavior: A questionnaire survey. Medical Journal of Australia. 2003;302-5.
232. Wrate, R. Increase in staff numbers may reduce doctors' "presenteeism". British Medical Journal,. 1999;1502.
233. Forsythe M, Calnan M, Wall, B. Doctors as patients: Postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. British Medical Journal. 1999;605-8.
234. Strang J, Wilks, M, Wells B and al. Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. British Medical Journal,. 1998;405-6.
235. Thompson W, Cupples M, Sibbett C and al. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. British Medical Journal. 2001;728-31.
236. McKevitt C, Morgan, M, Dundas, R and al. Sickness absence and 'working through' illness:A comparison of two professional groups. Journal of Public Health Medicine,. 1997;295-300.
237. Waring E. Psychiatric illness in physicians: A review. Comprehensive Psychiatry. 1974;519-30.
238. Frankl V. Man's search for meaning. NY: Simon and Schuster. New York; 1959.
239. Ro K, Gude T, Tyssen R and al. Counseling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. BMJ. 2008;1-8.
240. McCue J, Sachs C. A stress management work shop improves residents 'coping skills. Arch Intern Med. 1991;2273-7.

241. Holt J, Mar C. Reducing occupational psychological distress: a randomized controlled trial of a mailed intervention. *Health Educ Res.* 2006;501-7.
242. Talbott G, Martin C. Treating impaired physicians: fourteen keys to success. *Va Med.* 1986;95-9.
243. DuPont R, McLellan A, Carring and al. How are addicted physicians treated? A national survey of Physician Health Programs. *J Subst Abuse Treat.* 2009;1-7.
244. DuPont R, Skipper G. Six lessons from state physician health programs to promote long-term recovery. *J Psychoac Drugs.* 2012;72-8.
245. Braquehais M, Valero, S, Bel, M and al. Doctors admitted to a Physicians 'Health Program: a comparison of self-referrals versus directed referrals. *BMJ open.* juill 2014; Disponible sur : 4 :e005248. doi:10.1136/bmjopen-2014- 005248
246. Puddester D. Canada responds: an explosion in doctors 'health awareness, promotion and intervention. *Med J Aust.* 2004;386-7.
247. Jurd S. Helping addicted colleagues. *Med J Aust* 2004. 2004;400-2.
248. Oxley J. Services for sick doctors in the UK. *Med J Aust.* 2004;388-9.
249. Ro K, Gude T, Aasland O. Does a self-referral counseling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. *BMC Public Health.* 2007.
250. Hegenbarth C. Rescuing doctors in distress. *CMAJ.* 2011;E153-4.
251. Moutier, C, Norcross, W, Jong P and al. The Suicide Prevention and Depression Awareness Program at the University of California, San Diego School of Medicine. *Academic Medicine.* mars 2012;1-7.
252. University of California - Berkeley | Suicide Prevention Resource Center (SPRC) [Internet]. [cité 27 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.sprc.org/grantees/university-california-berkeley>
253. Thompson D, Goebert D, Takeshita J. A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. *Acad Med.* oct 2010;1635-9.
254. Practioner Health programme, the London Specialized Commissioning Group. NHS practioner health programme report on the two year prototype service-October 2008-septembre 2010. 1ère edition. déc 2010;1-63.
255. EAPH - European Association for Physician Health [Internet]. Disponible sur: <http://www.eaph.eu/reports.html>
256. Alliot R. Facilitator mentoring in general practice. *British Medical Journal.* 1996;S2-3.
257. ISNAR-IMG. Amélioration des conditions de travail des internes de médecine générale: Des droits des internes à la prévention du burn-out. Guide pratique à l'usage des administrateurs [Internet]. 2011. Disponible sur: www.isnar - img.com
258. Conseil national de l'ordre des médecins. Qu'est de que l'entraide ordinale ? juin 2011;14- 5.

259. Fondation Groupe Pasteur Mutualité. L'APSS : une aide concrète pour les soignants en détresse [Internet]. Disponible sur: <http://www.souffrancedusoignant.fr/revue-de-presse/77-lapss--une-aide-concrete-pour-les-soignants-en-detresse.htm>
260. L'APSS l'association pour la promotion des soins aux soignants. Les soins aux soignants malades. Les solutions. Dr Léopold. le conseil départemental de l'ordre des médecin 31;
261. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge - supplément. Centre fédéral d'expertise des soins de santé Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg 2011.
262. MOTS [Internet]. Disponible sur: <http://www.association-mots.org/>
263. Langevin V, Boini S, François M. Risques psychosociaux: outil d'évaluation. Maslach Burnout inventory. Référence santé au travail. sept 2012;157-9.
264. CNOM, LE BRETON-LEROUVILLOIS, G. «LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS ET JEUNES MÉDECINS». COMMISSION JEUNES MÉDECINS – SECTION SANTÉ PUBLIQUE ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE; 2016.
265. Clark D, Salazar-Grueso E, Grabler P. Predictors of dépression during the first 6 months of internship. Am J Psychiatry. sept 1984;1095-8.
266. Schernhammer E. Taking their own lives -- the high rate of physician suicide. N Engl J Med. juin 2005;2473-6.
267. Information NC for B, Pike USNL of M 8600 R, MD B, Usa 20894. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrateur/Bureau/th%C3%A8se%20cha/th%C3%A8se%20cha/Suicide%20rates%20according%20to%20education%20with%20a%20particular%20focus%20on%20physicians%20in%20Norway%201960-2000.%20-%20PubMed%20-%20NCBI.htm>
268. Beauté J, Bourg. Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006.« L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons ». IRDES. août 2007.
269. Rosenthal N, Sack D, Gilin J and al. Seasonal affective disorder : A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy,. Archives of General Psychiatry (JAMA Psychiatry). janv 1984.
270. Posternack M, Zimmerman M. Lack of association between seasonality and psychopathology in psychiatric outpatients. Psychiatry Research. nov 2002.
271. Magnusson A and coll. Lack of Seasonal Mood Change in the Icelandic Population: Results of a Cross-Sectional Study. The American Journal of Psychiatry. févr 2000.
272. Traffanstedt M, Mehta S, LoBello S. Major Depression With Seasonal Variation: Is It a Valid Construct? Clinical Psychological Science. janv 2016.
273. LEWANDOWSKI. Etude : la « dépression saisonnière » existe-t-elle vraiment ? VIDAL.FR. 23 févr 2016.
274. Rapport de l'OMS. Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. 2014;

275. Abbar M, Ades J, Baron-Laforet S. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Hôpital de la Pitié-Salpêtrière-Paris.; 2000 p. 1-17.
276. ANAES. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations et Références professionnelles. mai 2002.
277. Granier E. Idées noires et tentatives de suicide : réagir et faire face. O. Odile Jacob,., avr 2006.
278. Cohen-Leon S. Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2008. p141-148 p.
279. L'association médicale Balint de France [Internet]. Disponible sur: <http://www.balint-smb-france.org/pages/presentation-de.html>
280. UPMC «RELATION DE SOIN ET GESTION DU STRESS»: Un diplôme UPMC pour développer le mieux-être au travail et améliorer la relation patient-soignant, communiqué de presse. 2017.
281. Robinson B. Work Addiction-Hidden Legacies of Adult Children. 1989.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Déclaration d'incident.

Annexe 2 : échelle MBI (Maslach Burnout Inventory).

Annexe 3: Work Addiction Risk Test (WART).

Annexe 4 : Lettre du Dr Gasc

Annexe 5 : Echelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher

Annexe 6 : échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck


Annexe 7 : Questionnaire sur la souffrance des internes

Annexe 8 : questionnaire MH-5

Annexe 1 : Déclaration incident

Observatoire pour la sécurité des médecins: recensement national des incidents

Le Conseil national a mis en place l'Observatoire de la sécurité des médecins, afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle les médecins sont exposés dans leur exercice professionnel.

<p>Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.</p>		<p>IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL</p> 	
<p>Événement survenu le: L M M J V S D ____ / ____ / 20____, à ____ heures.</p>		<p>Vous êtes médecin spécialiste en _____ (à compléter)</p>	
<p>Cachet et signature (à défaut) n° RPPS : _____</p>		<p>Vous êtes une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/></p>	
<p>Qui est la victime de l'incident?</p>		<p>Cet incident a eu lieu...</p>	
<p>Vous-même <input type="checkbox"/></p>		<p>• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville</p>	
<p>Un collaborateur <input type="checkbox"/></p>		<p>Au cabinet <input type="checkbox"/></p>	
<p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>		<p>Ailleurs (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Qui est l'agresseur?</p>		<p>• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins</p>	
<p>Patient <input type="checkbox"/></p>		<p>Établissement public <input type="checkbox"/> Établissement privé <input type="checkbox"/></p>	
<p>Personne accompagnant le patient <input type="checkbox"/></p>		<p>Dans un service d'urgence <input type="checkbox"/></p>	
<p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>		<p>Ailleurs (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>	
<p>A-t-il utilisé une arme? (Préciser le type d'arme) _____ <input type="checkbox"/></p>		<p>• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle</p>	
<p>Quel est le motif de l'incident?</p>		<p>À préciser : _____</p>	
<p>Un reproche relatif à une prise en charge <input type="checkbox"/></p>		<p>À la suite de cet incident, vous avez :</p>	
<p>Un temps d'attente jugé excessif <input type="checkbox"/></p>		<p>Déposé une plainte <input type="checkbox"/></p>	
<p>Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...) <input type="checkbox"/></p>		<p>Déposé une main courante <input type="checkbox"/></p>	
<p>Le vol <input type="checkbox"/></p>		<p>Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail?</p>	
<p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>		<p>Oui: (indiquer le nombre de jours) _____ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Pas de motif particulier <input type="checkbox"/></p>		<p>Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Atteinte aux biens</p>		<p>Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?</p>	
<p>Vol <input type="checkbox"/></p>		<p>Oui <input type="checkbox"/></p>	
<p>Objet du vol : _____ <input type="checkbox"/></p>		<p>Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Vol avec effraction <input type="checkbox"/></p>		<p>L'incident a eu lieu...</p>	
<p>Acte de vandalisme <input type="checkbox"/></p>		<p>En milieu rural <input type="checkbox"/></p>	
<p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>		<p>En milieu urbain, en centre ville <input type="checkbox"/></p>	
<p>Atteinte aux personnes</p>		<p>En milieu urbain, en banlieue <input type="checkbox"/></p>	
<p>Injures <input type="checkbox"/></p>		<p>Déclaration d'incident</p>	
<p>Menaces <input type="checkbox"/></p>		<p>remplie le ____ / ____ / 201 ____</p>	
<p>Coups et blessures volontaires <input type="checkbox"/></p>		<p>Je désire rencontrer un conseiller départemental <input type="checkbox"/></p>	
<p>Intrusion dans le cabinet <input type="checkbox"/></p>			
<p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>			

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant à votre conseil départemental.

Annexe 2 : échelle MBI (Maslach Burn Out Inventory)

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-Je sens que je craque à cause de mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Je me sens plein(e) d'énergie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13-Je me sens frustré(e) par mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18-Je me sens ragailardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20-Je me sens au bout du rouleau	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22-J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total épuisement professionnel	<input type="text" value="0"/>						
Total dépersonnalisation	<input type="text" value="0"/>						
Total accomplissement personnel	<input type="text" value="0"/>						

RESULTATS:

Le MBI explore trois versants: l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel

Epuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

-total inférieur à 17: burnout bas

-total compris entre 18 et 29: burnout modéré

-total supérieur à 30: burnout élevé

Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22

-total inférieur à 5: burnout bas

-total compris entre 6 et 11: burnout modéré

-total supérieur à 12: burnout élevé

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

-total supérieur à 40: burnout bas

-total compris entre 34 et 39: burnout modéré

-total inférieur à 33: burnout élevé

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière signe un épuisement professionnel

Annexe 3 : THE WORK ADDICTION RISK TEST (WART) (281)

Lisez chacun des 25 énoncés suivants et décider à quel point ils vous correspondent. Utiliser l'échelle suivante

1= Pas du tout vrai ; 2=Peu souvent vrai ; 3= Souvent vrai ; 4= Toujours vrai. Inscrivez le chiffre qui correspond dans la case face à chaque énoncé.

1. Je préfère faire moi-même la majorité des choses plutôt que demander de l'aide
2. Je deviens très impatient quand je dois attendre quelqu'un ou quand quelque chose prend beaucoup de temps
3. Je semble être en course contre la montre
4. Je deviens irrité quand on m'interrompt alors que je suis en plein travail
5. Je reste toujours occupé et garde plusieurs activités en cours
6. Je me retrouve en train de faire 2 ou 3 choses en même temps, comme déjeuner, écrire un mémo, et parler au téléphone
7. Je m'engage sur plus que je ne peux supporter
8. Je me sens coupable quand je ne travaille pas
9. Il est important que je vois les résultats concrets de ce que je fais
10. Je suis plus intéressé par le résultat final de mon travail que par le processus
11. Les choses semblent ne jamais bouger aussi rapidement ou se réaliser avec autant de rapidité pour moi
12. Je perds mon calme quand les choses ne se déroulent pas comme je le souhaite ou ne donnent pas les résultats qui me conviennent
13. Je me pose toujours la même question, sans le réaliser et après avoir déjà reçu la réponse
14. Je passe beaucoup de temps pour planifier mentalement et penser aux événements futurs tout en ignorant l'ici et le maintenant
15. Je me retrouve toujours en train de travailler après que mes collègues aient tous arrêté
16. Je m'énerve quand les personnes ne rejoignent pas mes standards de perfection
17. Je m'énerve quand je suis dans des situations où je ne peux pas contrôler
18. Je tends à me mettre sous pression avec des échéanciers personnels lorsque je travaille
19. C'est dur pour moi de me relaxer quand je ne travaille pas
20. Je passe beaucoup plus de temps à travailler qu'avec des amis, dans des passe-temps ou des activités de loisirs
21. Je me lance dans des projets pour prendre une avance avant de finaliser les étapes
22. Je me fâche de moi-même si je fais une petite erreur
23. Je mets plus d'idées, de temps, d'énergie dans mon travail que je ne m'investis dans mes relations avec mon conjoint et ma famille
24. J'oublie, ignore ou minimise d'importantes occasions familiales comme les anniversaires, réunions, vacances
25. Je prends les décisions importantes avant d'avoir tous les faits et d'avoir la chance d'y penser de façon approfondie

RESULTATS: Faites la somme de vos scores

25-54 : Pas d'addiction au travail

55-69 : Addiction minime au travail

70-100 : Addiction élevée au travail

Annexe 4 : Lettre du Dr Gasc :

Madame la Ministre,

C'est, malgré ma profonde tristesse, avec l'espoir de votre sincère considération que je tiens à vous faire part du décès de mon associé le Dr Olivier S., jeune médecin de 42 ans, exerçant depuis 2003 à mes côtés, dans le 9^e arrondissement de Marseille. Il vient d'être retrouvé, suite à une disparition de dix jours, le 27 octobre 2015, sur une aire de jeux en Corrèze, décédé par pendaison.

Le Dr Olivier S. rejoint hélas ses confrères et consœurs, victimes comme lui d'une pathologie insidieuse qui affecte de plus en plus le corps médical : l'épuisement, physique comme psychologique – appelez le burn in, burn out ou tout simplement « trop c'est trop » – mais dont la plus malheureuse conséquence est incurable.

Madame la Ministre, vous n'êtes évidemment pas sans savoir que le taux de suicides dans le milieu médical avoisine le triple de celui de la population générale en France.

Madame la Ministre, je vous demande de faire face et de réagir : le corps médical se trouve dans une grande souffrance. Ce métier de conviction, d'engagement et d'amour, relève, chaque jour un peu plus, de tâches administratives, de gestion et d'économie de soins, du contrôle dirigiste et permanent des organismes de Sécurité sociale... aux dépens de l'écoute attentive du patient, de l'application à établir un diagnostic pathologique et de la disponibilité à son accompagnement vers la guérison.

Le corps médical est en souffrance et l'absence d'installations (pas seulement dans « certaines zones » tel que vous le signalez mais bien dans toutes les zones « sur- » ou « sous- » peuplées) en est le symptôme criant. Les jeunes médecins ne veulent plus d'un travail exténuant et, de surcroît, dévalorisé. Les départs à la retraite, de plus en plus nombreux et de plus en plus tôt, se font, pour beaucoup de médecins, dans un sentiment frustrant d'abandon des patients : le taux d'absence de successeur à la reprise d'une patientèle n'a jamais été aussi important. Quant au peu de médecins en exercice actuellement, la pression et le stress permanents de leur activité les mettent quotidiennement en danger.

Madame la Ministre, regardez enfin cette réalité ; aidez nos jeunes thésés à retrouver l'envie de s'installer, la liberté d'exercer où ils le désirent et la possibilité financière d'employer du personnel pour les seconder en les honorant correctement.

Je suis convaincu que l'évolution du métier de médecin, telle qu'elle est projetée et soutenue par vous, dénie cette réalité. La multiplication des maisons de santé, notamment, n'améliorera pas cet état de faits, sans attraits, elles restent et resteront désertées par le corps médical. La généralisation du tiers payant créera sans doute une augmentation des dépenses et n'aidera pas à dynamiser le désir d'installations nouvelles.

Madame la Ministre, le corps médical est porteur de solutions ; suspendez cette destruction en marche de la médecine libérale et écoutez ses doléances et ses propositions.

Malheureusement, vous ne pourrez plus entendre celles du feu Dr Olivier S., Madame la Ministre, respectez nos disparus volontaires en donnant enfin à leurs hurlements l'écho retentissant qu'ils méritent.

Dr Jean-Baptiste Gasc, médecin récemment retraité, parti sans successeur, meurtri d'avoir laissé ses deux associés dans un carcan professionnel... que l'un d'eux n'a plus supporté.

Annexe 5 : Echelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher

0	PAS D'IDEES DE MORT	Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement
1		Pense plus à la mort qu'habituellement
2	IDEES DE MORT	Pense souvent à la mort
3		A quelques idées de suicide
4	IDEES DE SUICIDE	A assez souvent des idées de suicide
5		Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister
6	DESIR PASSIF DE MOURIR	Désire mourir ou plutôt être mort
7	a: lien fort b : lien faible	Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose
8	VOLONTE ACTIVE DE MOURIR	Veut mettre fin à ses jours
9	a : projet défini à long terme b: projet défini à court terme	Sait comment il veut mettre fin à ses jours
10	DEBUT DE PASSAGE A L'ACTE	A déjà préparé son suicide

Coter l'item le plus fort

Annexe 6 : Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck

Intentionnalité faible : 0 à 3

Intentionnalité moyenne : 4 à 10

Intentionnalité forte : 11 à 25

I : CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES A LA TENTATIVE DE SUICIDE

1 - Isolement

- Quelqu'un de présent : 0
- Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple) : 1
- Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal) : 2

2 - Moment choisi

- Intervention probable : 0
- Intervention improbable : 1
- Intervention très improbable : 2

3 - Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui

- Aucune précaution prise : 0
- Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : Seul dans sa chambre, porte non fermée à clé) : 1
- Précautions actives (porte fermée à clé...) : 2

4 - Appel à l'aide pendant ou après la tentative

- a averti de son geste, une personne pouvant le secourir : 0
- A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste : 1
- N'a contacté ou averti personne : 2

5 - Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : Testament, cadeaux, assurance vie...)

- Aucune : 0
- A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre : 1
- A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs : 2

6 - Lettre d'adieu

- Pas de lettre : 0
- Lettre écrite mais déchirée ou jetée : 1
- Présence d'une lettre : 2

II - PROPOS RAPPORTES PAR LE PATIENT

1 - Appréciation de la létalité du geste par le patient

- Pensait que son geste ne le tuerait pas : 0
- N'était pas sûr que son geste le tuerait : 1
- Etait sûr que son geste le tuerait : 2

2 - Intention de mort

- Ne voulait pas mourir : 0
- Incertain ou mélange des 2 : 1
- Voulait mourir : 2

3 - Préméditation

- Aucune, geste impulsif : 0
- Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative : 1
- Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative : 2
- Suicide envisagé plus d'un jour après la tentative : 3

4 - Position actuelle vis-à-vis de la tentative

- Patient heureux de s'en être sorti : 0
- Patient incertain ou mélange des 2 : 1
- Patient désolé d'avoir survécu : 2

III- DANGEROUSITE

1 - Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (Exemple : Si quelqu'un n'était pas venu lui porter secours ?)

- Issue favorable certaine : 0
- Mort improbable : 1
- Mort probable ou certaine : 2

2 - La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?

- Non : 0
- Incertain : 1
- Oui : 2

Annexe 7 : Questionnaire sur la souffrance des internes de la région

Nouvelle-Aquitaine

Votre sexe :

- M
- F

Votre année d'internat :

- Première
- Deuxième
- Troisième
- Quatrième
- Cinquième

Votre spécialité :

- Anesthésie-réanimation
- Chirurgie
- Gynécologie
- Médecine
- Médecine générale
- Médecine du travail
- Médecine biologique
- Pédiatrie
- Psychiatrie
- Santé publique

Chez vous, vous vivez :

- Seul
- En couple
- Autre situation (seul(e) avec enfant, ou autre membre famille, etc.)

Nombre approximatif d'heures de travail durant une semaine standard, gardes exclues :

Nombre de gardes par mois :

Avez-vous votre repos de sécurité :

- Oui
- Non

Comment jugez-vous votre charge de travail :

- Trop lourde

- Correcte
- Insuffisante

Globalement, vous jugez votre activité professionnelle :

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

Souhaiteriez-vous changer votre activité professionnelle :

- Certainement
- Probablement
- Probablement pas
- Certainement pas

Avez-vous vos demi-journées de formation ?

- Oui
- Non

Emportez-vous du travail chez vous :(revues, courriers)

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Rarement

Vous arrive-t-il de ne pas prendre votre repas ou de devoir l'écourter ?

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Rarement

Arrivez-vous à vous organiser pour libérer du temps libre non programmé ?

- Très facilement
- Assez facilement
- Assez difficilement
- Très difficilement

De quel degré de liberté disposez-vous pour planifier votre activité ?

- Très grand
- Assez grand
- Assez faible
- Très faible

Comment qualifieriez-vous vos relations avec ...

	Très bonnes	Assez bonnes	Acceptables	Médiocres	Assez mauvaises	Très mauvaises	Non concernés
Votre direction administrative	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre hiérarchie médicale :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vos pairs :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les équipes :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comment jugez-vous vos conditions matérielles d'exercice : locaux, équipement, respect de la confidentialité

- Bonnes
- Acceptables
- Médiocres
- Mauvaises

Globalement comment qualifieriez-vous votre état de santé physique actuel?

- Bon
- Assez bon
- Passable
- Plutôt mauvais
- Mauvais

En cas de problème de santé (hors pathologie bénigne) consultez-vous un confrère ?

- Oui, le plus souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Pratiquement jamais

Fumez-vous actuellement ?

- Non
- Occasionnellement
- Tous les jours < 10 cig/j
- 11 à 20/j
- 21 à 30/j
- 31 ou plus/j

Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous

	Jamais	<1 fois/mois	Quelques fois/mois	Plusieurs fois/mois	Tous les jours
a/ consommé de l'alcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b/ bu 6 verres ou plus en une même occasion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c/ pris des antidépresseurs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d/ pris des anxiolytiques ou hypnotiques ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e/ pris des substances stupéfiantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comment qualifieriez-vous votre moral actuel?

- Bon
- Assez bon
- Passable
- Plutôt mauvais
- Mauvais

Votre moral s'est-t-il dégradé au cours des 24 derniers mois ?

- Un peu
- Beaucoup
- Pas spécialement

Si c'est le cas, votre travail en est-t-il la cause ?

- Totalement
- En partie
- Non
- Non concerné *

Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e)... (Test "MH5") :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Très nerveux (se) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calme et détendu(e) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Triste et abattu(e) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heureux (se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Au cours des 24 derniers mois, vous êtes-t-il arrivé de penser au suicide ?

- Quelquefois
- Souvent
- Jamais

Si oui, des problèmes professionnels en étaient-ils la cause ?

- Exclusivement
- Partiellement
- Pas du tout

Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

- Oui
- Non

Si oui, cela est-t-il arrivé au cours des 24 derniers mois ?

- Oui
- Non

Si vous avez eu des idées suicidaires ou fait une TS dans les 24 derniers mois, en avez-vous parlé à un confrère ?

- Oui
- Non

Avez-vous subi des violences / agressions physiques ou verbales dans les 24 derniers mois dans l'exercice de votre profession ?

- Oui, verbales
- Oui, physiques
- Oui, les deux
- Non

Ont-elles eu des répercussions durables sur votre vie ?

- Oui, importantes
- Oui, modérées
- Non, pas vraiment

Indiquez la manière dont vous ressentez chacune des propositions suivantes :

	Très fortement	Assez fortement	Plus ou moins	Assez peu	Très peu
Je suis passionné(e) par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve que mon travail a un sens et une utilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'éprouve un sentiment d'isolement sur le plan professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'éprouve un sentiment d'isolement sur le plan personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'éprouve des difficultés à concilier ma vie familiale et mon travail de médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certains patients ont des demandes excessives à mon égard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certains patients me manquent de respect (rdv manqué ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je rencontre de l'agressivité de la part de certains patients ou de leur entourage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je redoute d'être confronté(e) à des poursuites judiciaires de la part de patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ressens une lassitude sur le plan professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens personnellement menacé par le burnout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous ressentez certaines difficultés ou une lassitude sur le plan professionnel, les éléments suivant y contribuent-ils ?

	Très fortement	Assez fortement	Plus ou moins	Assez peu	Très peu	Sans objet
La charge de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une mauvaise organisation de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La pression perpétuelle dans le travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le poids psychologique de certaines situations (décès, détresse...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le faible degré de liberté dans votre travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une faible reconnaissance de votre travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'intérêt insuffisant de votre travail, la répétition des tâches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des conflits avec certains patients (agressivité, menaces, procès)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La lourdeur des tâches administratives, des procédures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les exigences et/ou l'attitude de votre hiérarchie médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les relations avec vos pairs ou avec l'équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une mauvaise ambiance dans l'équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Très fortement	Assez fortement	Plus ou moins	Assez peu	Très peu	Sans objet
L'isolement professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une image dévalorisée de votre activité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des éléments personnels (divorce, décès, problèmes financiers...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mesure de votre degré de burnout. Le MBI est le gold standard pour mesurer le burnout chez les professionnels de santé. Pour chacun des 22 items suivants, précisez votre ressenti soit en fréquence (de jamais à tous les jours) soit en intensité (de pas du tout à énormément) sur une échelle de 0 à 6

	0	1	2	3	4	5	6
Je me sens émotionnellement/ nerveusement vidé(e) par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens totalement épuisé(e) à la fin de ma journée de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens fatigué(e) le matin lorsque je dois affronter une nouvelle journée de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'occupe très efficacement des	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	0	1	2	3	4	5	6
problèmes de mes malades							
Je sens que je craque à cause de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par rapport à mes débuts professionnels je suis devenu(e) plus insensible aux gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens plein(e) d'énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens frustré(e) par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
je sens que je travaille "trop dur"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne me soucie pas vraiment pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens ragillard(e) lorsque, dans mon travail, j'ai été proche de mes malades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai accompli beaucoup de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	0	1	2	3	4	5	6
choses qui en valent la peine dans ce travail							
Je me sens au bout du rouleau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans mon travail je traite les problèmes émotionnellement très calmement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aides et soutien possibles : Pour avoir une aide concrète et un soutien moral je peux compter sur...

	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	peu moins d'accord	plutôt pas d'accord	pas du tout d'accord	sans objet
mes confrères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mes proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ma hiérarchie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la médecine du travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous consulté ou souhaiteriez-vous consulter pour bénéficier d'un soutien sur le plan psychologique ?

- Vous êtes suivi(e)
- Vous avez déjà consulté
- Vous n'avez jamais consulté mais ce serait sûrement utile
- vous n'avez jamais consulté mais ça serait peut-être utile
- Vous n'en éprouvez pas le besoin

Connaissez-vous M.O.T.S ? Médecin-Organisation-Travail-Santé / Il s'agit d'une ligne confidentielle ouverte 24/24 dédié aux médecins en souffrance

- Tout à fait
- Vaguement
- Non

Seriez-vous favorable à la création d'une consultation spécialisée dédiée aux professionnels de santé dans un lieu neutre et confidentiel ?

- Très favorable

- Plutôt favorable
- Plutôt défavorable
- Tout à fait défavorable
- Sans opinion

Espace pour écrire commentaires, interrogations, ressentis, constatations sur votre vécu de l'internat en général

Annexe 7 : Le Mental health 5 (MH5)

Le Mental Health 5 (MH5) est un questionnaire sur la santé psychique, issu de l'auto-questionnaire MOS SF 36 (Medical Outcomes Study Short 36-items Health Survey) ou SF-36, qui est une échelle générique de mesure de la qualité de vie, validée et largement diffusée au niveau international. Le MH5 se compose des cinq questions suivantes :

Au cours des quatre dernières semaines, y-a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti ?

Q1 - très nerveux (-)

Q2 - si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral (-)

Q3 - calme et détendu (+)

Q4 - triste et abattu (-)

Q5 - heureux (+)

Les modalités de réponses possibles sont "en permanence" "très souvent" "souvent" "quelquefois" "rarement" et "jamais". Un score de 0 à 5 est attribué à chacune des réponses. Ce score varie de façon croissante entre 0 pour la réponse "en permanence" et 5 pour "jamais" lorsque les questions sont exprimées sous l'angle négatif (Q1, Q2 et Q4). Inversement, ce score varie entre 5 pour la réponse "en permanence" et 0 pour "jamais" lorsque les questions sont exprimées sous l'angle positif (Q3 et Q5). La somme de ces différents scores se situe donc entre 0 et 25. Lorsque cette somme est inférieure ou égal à 13, les auteurs de cet outil considèrent que la personne présente un état de détresse psychologique. Cette situation correspond à une probabilité accrue d'avoir un trouble anxieux ou dépressif, sans que l'on puisse conclure un diagnostic.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : schéma représentatif du processus de crise suicidaire

Figure 2 : L'augmentation du nombre de femmes médecins de 1980 à 2004

Figure 3 : Nature des affections des médecins en indemnités journalières de 2010 à 2012

Figure 4 : Nature des affections des médecins en invalidité définitive de 2010 à 2012

Figure 5 : Voie d'accès au programme d'aide intégrale pour le médecin malade de Catalogne.

Figure 6 : Situation de travail des patients inclus dans le programme d'aide intégrale pour le médecin malade de Catalogne.

Figure 7 : Diagnostics posés au sein du programme d'aide intégrale pour le médecin malade.

Figure 8 : Diagnostics psychiatriques posés au sein du programme de soin des médecins de Londres

Figure 9 : Diagnostics de trouble addictif posés au sein du programme de soin des médecins de Londres

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résumé des publications sur le suicide des médecins dans le monde depuis 1963

Tableau 2 : Étude sur le suicide des médecins dans 26 départements, Léopold 2003

Tableau 3 : Risque relatif du suicide chez les médecins en fonction du sexe

Tableau 4 : Nombre de suicides et risques relatifs par spécialité entre 1974-1995, Angleterre et
Pays de Galles

Tableau 5 : Moyens employés pour le suicide des médecins comparés à la population générale
en Angleterre, 1979–1995

Tableau 6 : Suicide par empoisonnement et IMV

Tableau 7 : suicide par automutilation

Tableau 8 : Profil du médecin à haut risque suicidaire selon Center et al

Tableau 9 : Portrait-robot du médecin suicidant de l'étude du Dr Léopold

Tableau 10 : comorbidités psychiatriques des médecins suicidés dans l'étude de Hawton

Tableau 11 : Comorbidités psychiatriques des médecins suicidés au Québec entre 1992 et 2009

Tableau 12 : Résumé des publications sur le burnout des médecins par Karen Lamarche

Tableau 13 : la triade du workaholisme d'après Spence et Robbins

Tableau 14 : Principales sources de stress des étudiants en médecine avant l'internat d'après
Shaw

Tableau 15 : principales sources de stress durant l'internat d'après Shaw

Tableau 16 : Causes de l'épuisement professionnel perçues par 306 médecins généralistes
d'après l'étude de Cathébras

Tableau 17 : Théorie de l'équité appliquée à la médecine

Tableau 18 : les promesses implicites faites aux médecins et les nouveaux impératifs

Tableau 19 : résumé des résultats des études sur la souffrance des internes

Tableau 20 : les 3 degrés d'urgence selon l'ANAES dans la crise suicidaire

Tableau 21 : Évaluation de la dangerosité

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Charline PEROT

Suicide des médecins : état des lieux de la souffrance psychique des médecins et des internes

Résumé :

Les médecins présentent un taux de mortalité plus bas que la population générale dans la majorité des pathologies, sauf pour le décès par suicide. Une analyse épidémiologique ainsi que de l'étiopathogénie du risque suicidaire des médecins a été réalisée. Cette étude a pour objectif d'évaluer la prévalence de la crise suicidaire chez les internes de la région Nouvelle-Aquitaine. Puis ces résultats sont comparés à ceux de l'étude sur la souffrance des médecins de l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin. Notre étude réalisée auprès de 490 internes de la région Nouvelle-Aquitaine montrent une prévalence de 13% des idées suicidaires, ce qui est comparable à celle des médecins du Limousin. La spécialité, la charge de travail, la thymie, la souffrance psychique, le burnout, et la consommation de stupéfiants sont corrélés positivement aux idéations suicidaires.

Mots-clés : Internes, médecins, suicide, burnout, souffrance psychique

Abstract :

Doctors have the lowest death rate for most diseases among the general population, except for death by suicide. Epidemiological analysis and etiopathogeny of physicians' suicide risk have been performed. This study evaluates the prevalence of residents' suicidal crisis in Nouvelle-Aquitaine. It actually demonstrates that 13% of 490 New Aquitaine residents have suicidal ideation. Then, the results are compared to the study on doctors' pain from the Regional Health Observatory of Limousin and shows similar prevalence. Specialty, workload, mood, mental suffering, burnout, and drug use are positively correlated with suicidal ideation.

Keywords : residents, doctors, suicide, burnout, mental suffering