

MEMOIRE POUR LE

DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE
ETUDE ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES SUICIDAIRES

Année 2008-2009

SUICIDE ET TENTATIVES DE SUICIDE
CHEZ LES MEDECINS

- LE 13 OCTOBRE 2009-

Présenté et soutenu par Karen LAMARCHE

Sous la direction du Dr AS.CHOCARD

REMERCIEMENTS

Tout particulièrement au Docteur Anne-Sophie Chocard, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, ses relectures attentives et pour m'avoir accompagnée tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Aux enseignants de ce DIU pour l'ensemble de leur connaissance sur ce thème, si particulier, qu'est le suicide.

SOMMAIRE

1	<u>INTRODUCTION</u>	5
2	<u>DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES GENERALES SUR LE SUICIDE ET LES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES MEDECINS</u>	6
2.1	LE SUICIDE	6
2.2	LES TENTATIVES DE SUICIDE	9
2.3	LES IDEES SUICIDAIRES	9
3	<u>DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SPECIFIQUES SUR LE SUICIDE DES MEDECINS</u>	10
3.1	SELON LE SEXE	10
3.2	SELON L'AGE	11
3.3	SELON LA CATEGORIE PROFESSIONNELLE ET LES CONDITIONS D'EXERCICE	12
3.4	SELON LES MOYENS UTILISES	13
3.5	SELON LE STATUT MARITAL ET SOCIAL	13
4	<u>SUICIDE CHEZ LES MEDECINS ET TROUBLES PSYCHIQUES</u>	16
4.1	LA DEPRESSION	17
4.1.1	EPIDEMIOLOGIE GENERALE	17
4.1.2	EPIDEMIOLOGIE EN FONCTION DU SEXE	17
4.1.3	EPIDEMIOLOGIE EN FONCTION DE L'AGE	18
4.2	LES TROUBLES DE L'HUMEUR	18
4.3	LES ADDICTIONS	18
4.3.1	EPIDEMIOLOGIE GENERALE	18
4.3.2	EPIDEMIOLOGIE EN FONCTION DES PRODUITS	19
	<i>Les toxiques</i>	19
	<i>L'alcool</i>	19
	<i>Le tabac</i>	20
4.3.3	EPIDEMIOLOGIE EN FONCTION DE L'AGE	20
4.3.4	EPIDEMIOLOGIE EN FONCTION DE LA CATEGORIE PROFESSIONNELLE	20
5	<u>MEDECINS : PROFESSION A RISQUE</u>	22
5.1	LA PERSONNALITE DES MEDECINS	22
5.2	LE CONCEPT DU BURN OUT	24
5.2.1	ORIGINE DU TERME ET DEFINITION	24
	<i>Origine</i>	24
	<i>Définition</i>	24
	<i>Synonyme</i>	25
5.2.2	HISTORIQUE	25
5.2.3	CRITERES	26
5.2.4	SEMILOGIE	27
	<i>Symptomatologie spécifique</i>	27
	<i>Symptomatologie non spécifique</i>	27
5.2.5	DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	28
5.2.6	STADES	29
5.2.7	EHELLES	29

5.2.8	EPIDEMIOLOGIE DU BURN OUT CHEZ LES MEDECINS	29
	<i>En France</i>	29
	<i>En Europe</i>	30
	<i>Aux Etats-Unis</i>	31
5.2.9	EPIDEMIOLOGIE DU BURN OUT CHEZ LES MEDECINS EN COMPARAISON AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS	31
5.2.10	PROFIL DU BURN OUT	31
	<i>Le rôle de l'âge</i>	31
	<i>Le rôle du sexe</i>	32
	<i>Le rôle du statut marital</i>	32
	<i>Le rôle du lieu d'exercice</i>	32
	<i>Le rôle de la catégorie professionnelle</i>	32
5.2.11	BURN OUT ET IDENTITE PROFESSIONNELLE	33
5.2.12	BURN OUT ET STRESS	34
5.2.13	BURN OUT ET CONSEQUENCES	34
	<i>Au niveau individuel</i>	34
	<i>Au niveau inter-individuel</i>	34
	<i>Au niveau collectif</i>	34
5.3	LA FORMATION MEDICALE	35
5.4	L'EXERCICE MEDICAL	35
5.4.1	L'EXIGENCE PROFESSIONNELLE	36
5.4.2	LA RELATION MEDECIN-MALADE	38
5.4.3	L'INTERFACE VIE PROFESSIONNELLE-VIE PERSONNELLE	42
5.5	LA SPECIFICITE DE LA FEMME MEDECIN	43
6	<u>PRISE EN CHARGE DU MEDECIN MALADE</u>	45
7	<u>PREVENTION DU SUICIDE CHEZ LES MEDECINS</u>	46
7.1	EN FRANCE	46
7.1.1	SUR LE PLAN PERSONNEL	46
7.1.2	SUR LE PLAN PROFESSIONNEL	47
7.1.3	SUR LE PLAN INSTITUTIONNEL	48
7.1.4	SUR LE PLAN SOCIAL	50
7.2	A L'ETRANGER	52
7.2.1	AU CANADA	52
7.2.2	EN ESPAGNE	52
7.2.3	EN GRANDE-BRETAGNE	53
7.2.4	AU JAPON	53
8	<u>CONCLUSION</u>	54
9	<u>ANNEXES</u>	56
9.1	ANNEXE 1 MASLACH BURNOUT INVENTORY	56
9.2	ANNEXE 2 BURNOUT MEASURE	57
9.3	ANNEXE 3 COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY	58
9.4	ANNEXE 4 QUESTIONNAIRE DE FREUDENBERGER	59
10	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	60

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

M. Winckler, La maladie de Sachs [134]

1) INTRODUCTION

En mars 2003, un médecin lyonnais s'est suicidé quatrième de la série de suicidés dans la même région. En janvier 2004, un généraliste vendéen se donnait la mort par arme à feu, menacé de poursuites judiciaires après le décès d'une vieille dame et surmené par une surcharge de travail liée notamment au départ de trois médecins non remplacés dans une région en plein accroissement démographique. En février 2008, un médecin généraliste du Portel (Pas-de-Calais), âgé de 61 ans s'est suicidé après avoir appris qu'un de ses patients avait été victime d'une attaque cardiaque qu'il se reprochait de ne pas avoir su anticiper : le médecin débordé avait renvoyé la veille du décès ce patient vers un cardiologue [138, 144].

Il n'est pas rare de découvrir dans la presse qu'un confrère s'est donné la mort. Pourtant, une grande discrétion fait taire ce constat [25, 26]. La question de la santé des médecins demeure taboue [45].

L'intérêt pour le suicide des médecins est récent, les études sur ce sujet sont peu publicisées. Leurs interprétations parfois difficiles et contradictoires montrent que les conclusions sont loin d'être marginales.

Une chose est sûre alors que les médecins ont un état de santé supérieur à la moyenne et vivent plus âgés [42, 109, 122], il est maintenant admis que leur taux de suicide est plus élevé que la population générale d'âge comparable [21].

Combien de médecins ? Qui sont-ils ?

Peut-on parler d'une vulnérabilité accrue chez les médecins ?

Certaines catégories de médecins ont-elles plus tendance à mettre fin à leur jour ?

Y a-t-il des facteurs qui prédisposent les médecins à se suicider ?

Certaines hypothèses émergent et interrogent : Les médecins ont-ils une prévalence accrue de désordres psychiatriques ? Certains traits de personnalité chez les médecins peuvent-ils expliquer ce risque ? Peuvent-ils demander de l'aide ? Sont-ils trop fiers ? Ou sont-ils réticents par manque de confiance envers les confrères et l'institution ? [84]

Beaucoup d'interrogations portent sur la facilité d'accès aux moyens létaux, sur les exigences de l'exercice médical et l'épuisement professionnel qui l'accompagne, mais aussi sur l'absence de prise en charge spécifique.

Quelles solutions et mesures concrètes existent pour y remédier ?

2) DONNEES ÉPIDÉMIOLOGIQUES GÉNÉRALES SUR LE SUICIDE ET LES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES MÉDECINS

Il convient de souligner qu'il existe de nombreuses études étrangères mais très peu d'études françaises.

D'ailleurs, il ne semble pas exister de données statistiques nationales disponibles sur les conduites suicidaires chez les médecins en France, en dehors des travaux de Leopold [25, 67].

2.1 LE SUICIDE:

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

Le sujet est tu...

Puis au début du XX^{ème} siècle, la presse américaine s'en émeut, mais les travaux réalisés alors montrent des taux de suicide chez les médecins quasi équivalents à la population générale (légèrement plus élevés), les différences n'y sont pas significatives. Il va sans dire que ces études comportaient un certain nombre de biais [26].

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

Rose et Rosow en 1973, dans leur étude, font état d'un doublement du risque suicidaire des médecins et des personnels de santé par rapport à la population générale californienne. Ils lancent un message d'alerte en signalant que les médecins devraient reconnaître ce problème et être plus sensibles au « *colleague's cry for help* » [103].

Un an plus tard, les travaux de Steppacher et Mausner (1974) confirment ce taux [119].

Mais une analyse rétrospective de Von Brauchitsch (1976) relève un certain nombre de préoccupations méthodologiques (petite taille des échantillons, examen des suicides aboutis plutôt que des tentatives de suicide, défaut de standardisation) sur les études existantes et conclut qu'il n'existe aucune preuve convaincante quant à une supériorité des suicides chez les médecins par rapport à la population générale [131].

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

Un recensement rétrospectif sur 35 ans (1949-1983) effectué en Angleterre en 1986 retrouve les mêmes résultats que Rose [103] et les confirmations tombent : en Allemagne (Bamayr et Freuerlin en 1986 [7]), en Suède (Arnetz en 1987 [6], Stefansson en 1991 [118]), en Australie (Schlicht en 1990), en Finlande (Rimpela en 1987, Lindeman en 1997 [71, 73]), au Danemark (Juel en 1999 [62]), en Norvège (Aasland en 2001 [1], Hem en 2005 [57]), aux Etats-Unis (Stack en 2004 [117] et Peterson en 2008 [91]) et en France (Leopold en 2003 [67]).

Tableau 1 : Résumé de quelques publications sur le suicide des médecins depuis 1963 [25, 108]

Auteurs et date de publication	Période de l'étude	Lieu	Nombre de suicide de médecins hommes (H) et femmes (F)	Taux de suicides (pour 100000 médecins/an)	Risque par rapport à la population générale	Risque par rapport à d'autres professionnels
Lindhart et coll (1963)	1935-1959	Danemark	H : 67		H : 1,5	
Craig et Pitts (1968)	1965-1967	Etats-Unis	228 suicides : H : 211 F : 17	Total : 38,4 H : 38,3 F : 40,5	H : quasiment identiques F : 4	
Dean (1969)	1960-1966	Afrique du Sud	23 suicides : H : 22 F : 1	H : 48 F : 18	H : 1,2	
Rose et Rosow (1973)	1959-1961	Californie	49 suicides : H : 48 F : 1	H : 77 F : 18	H : 2	1,5
Steppacher et Mausner (1974)	1965-1970	Etats-Unis	530 suicides : H : 489 F : 41	H : 31 F : 34	H : 1,2 F : 3,2	
Pitts et coll (1979)	1967-1972	Etats-Unis	592 suicides : H : 543 F : 49	H : 38,1 F : 40,7	H : quasiment identiques F : 3,6	
Rich et Pitts (1979)	1967-1972	Etats-Unis	H : 544	H : 35,7	H : quasiment identiques	
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 et Feuerlein (1986)	1963-1978	Haute Bavière	94 suicides : H : 67 F : 27	H : 62 F : 68	H : 1,6 F : 3	
Arnetz et 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 et coll (1990)	1971-1980	Finlande	H : 17	H : 38	H : 1,3	2
Schlicht et coll (1990)	1950-1986	Australie	13 suicides : H : 10 F : 3	H : 79 F : 53	H : 1,1 F : 5	
Stefansson et Wicks (1991)	1971-1979 1981-1985	Suède	138 suicides : H : 113 F : 25	H : 79 F : 53	H : 1,9 F : 2,5	
Lindeman et coll (1997)	1986-1993	Finlande	61 suicides : H : 35 F : 16	H : 54 F : 35	H : 0,9 F : 2,4	2,4 3,7
Juel et coll (1999)	1973-1992	Danemark	194 suicides : H : 168 F : 26		H : 1,64 F : 1,68	
Aasland et 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 et 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	
Leopold (2003)	1998-2003	France, Vaucluse	69 suicides		2,37	
Hem et coll (2005)	1960-2000	Norvège	111 suicides : H : 98 F : 13	H : 43 F : 26,1		
Petersen et Burnett (2008)	1984-1992	Etats-Unis	203 suicides : H : 181 F : 22	H : 27,2 F : 5,7	H : 0,8 F : 2,39 Taux standardisés selon l'âge	

Ces études et bien d'autres [14, 59] montrent bien un taux de suicide plus important chez les médecins que pour la population générale.

Arnetz, dans son étude en 1987, a montré que les médecins avaient un ratio mortalité-suicide (RMS) élevé par rapport à la population générale mais aussi par rapport aux autres universitaires [6]. Il est rejoint par les conclusions de Rosenberg et al [104] qui évoquent des taux de suicide chez les médecins plus élevés que chez d'autres professionnels.

A noter que la première enquête en France date de 2003 et a été menée par un médecin généraliste, le Dr Leopold, à la demande du conseil de l'ordre du Vaucluse devant le constat alarmant de 11 suicides sur 22 décès de médecins actifs (moins de 65 ans) recensés dans le département sur une période de 5 ans [67].

A partir des données parcellaires recueillies, Leopold répertorie sur 5 ans 69 suicides sur 492 décès, au sein d'une population totale de 42137 médecins actifs répartis sur 26 départements. L'incidence du suicide sur ces données incomplètes mais sur un effectif important est de 14% tandis que le taux d'incidence du suicide dans la population générale était de 5,6% pour la population d'âge comparable (35-65 ans) en 1999 (5208 suicides pour 93346 décès) [67].

Cette étude même si elle comporte un certain nombre de biais (surreprésentation des départements ruraux du fait d'un plus grand nombre de données exploitables et sous représentation des grands départements où la méconnaissance des praticiens décédés rendait l'identification de leur mort incertaine, comparaison avec la population générale incluant le biais qu'une partie de cette population n'est pas active, contrairement à la cohorte médicale) montre bien l'importance du phénomène et confirme une surreprésentation du suicide chez les médecins aussi en France. Elle a conduit à la création d'une cellule d'intervention spécifique qui intervient préventivement dès l'émergence de 2 marqueurs de risques référencés par Leopold (cf tableau 4).

Stack, en 2004, après contrôle du statut marital (le fait d'être marié conférant un effet protecteur), obtient des taux de suicide chez les médecins 2,45 fois plus élevés que dans la population générale en âge de travailler [117].

En 2005, Hampton passe en revue les études au cours des quatre décennies et conclue que les risques sont 7 à 40 fois plus élevés respectivement pour les hommes et les femmes médecins que pour la population générale toutes catégories professionnelles confondues [53].

Torre [122], la même année, dans une étude, souligne que bien que les médecins ont un état de santé supérieur à la moyenne, notion retrouvée dans d'autres travaux [42, 62, 127] et qu'ils vivent plus longtemps ; leur taux de suicide est plus élevé que ceux de la population générale. Il développe le fait que le suicide serait la seule cause de décès pour laquelle le risque est plus élevé chez les médecins que dans la population générale.

En 2008, en France, la CARMF et le Conseil National de l'Ordre des Médecins décident de mettre en place un observatoire des décès des médecins libéraux, à partir d'un questionnaire adressé aux familles de chaque médecin libéral décédé dans l'année, lesquelles doivent indiquer la cause du décès (accident, suicide, maladie) et l'âge du praticien [140]. Pour l'instant, il y a eu 195 réponses dont 16 suicides soit 8,2% des décès ce qui identifie un risque relatif par rapport à la population générale de 1,4 [69]. Ces recueils possèdent il va sans dire certains biais liés notamment à la difficile reconnaissance de l'existence du suicide [140].

Toutefois, comparées à d'autres pays, les données sont concordantes et confirment également la surexposition importante des femmes médecins [69, 140, 145].

Autrement dit, les médecins ont moins de risque de mourir par rapport à la population générale pour toute cause de décès sauf pour le suicide [5, 42, 84, 122].

2.2 LES TENTATIVES DE SUICIDE :

Selon Schernhammer, il y a plus de suicides mortels que de tentatives de suicide non abouties [109, 110]. Les médecins font moins de tentatives de suicide que la population générale [121].

Ceci peut s'expliquer en partie par une gravité somatique plus importante des intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) chez les médecins mais aussi par une meilleure connaissance en physiologie et pharmacologie de ces derniers [11, 25, 84, 121, 131].

Ainsi, les médecins qui essayent de se suicider avec des médicaments arriveraient plus souvent à leur but que les non médecins de la population générale [53, 121, 131] notamment du fait de la gravité des liaisons somatiques, du délai plus important entre l'intoxication et la prise en charge mais aussi du fait d'une errance diagnostique plus longue.

Ceci expliquerait en partie le taux plus important de suicide abouti chez les médecins [84].

2.3 LES IDEES SUICIDAIRES

Pour ce qui est des idées suicidaires, les études montrent que les médecins ont plus d'idées suicidaires que la population générale [58, 89, 128] ou que d'autres professionnels non médecins [52].

Les femmes médecins seraient plus sujettes aux idéations suicidaires que les hommes médecins [58, 89].

Une étude retrouve un lien significatif entre une forte prévalence d'idées suicidaires et de longues heures de travail, une importante anxiété et un stress en lien avec le travail [52].

Les médecins présentent plus de pensées suicidaires, moins de tentatives de suicide mais plus de suicide que la population générale [21, 42, 89, 128].

Aussi, un médecin qui présente des idées suicidaires a un plus grand risque que l'issue soit fatale en cas de passage à l'acte [25].

3) DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SPECIFIQUES SUR LE SUICIDE DES MEDECINS

Certaines des études citées précédemment et d'autres ont tenté de dégager des facteurs de risque suicidaire chez les médecins.

Bon nombre des facteurs de risque de suicide chez les médecins correspondent à des facteurs de risque de la population générale [84].

3.1 SELON LE SEXE

Les chiffres varient largement selon les études sauf pour un fait : les femmes médecins sont particulièrement vulnérables.

Il existe une surreprésentation du suicide parmi les femmes médecins [6, 7, 30, 54, 71, 95], notion qui avait déjà été relevée dès 1987 par les travaux de Bourgeois et al [13].

Hampton en 2005 conclue que le risque de mourir par suicide pour les hommes médecins serait 7 fois plus grand que pour la population masculine générale, toutes catégories professionnelles confondues [53]. Chez les femmes médecins, le nombre de suicides serait entre 25 et 40 fois plus élevé que dans la population féminine générale [53].

La même année, Schernhammer indique que le risque de suicide chez les hommes médecins est plus élevé de 40% par rapport au taux de la population générale masculine, tandis que le risque de suicide chez les femmes médecins est supérieur de 130% par rapport au taux de la population générale féminine [109].

Ces deux travaux montrent l'ampleur du phénomène.

La plupart des auteurs s'accordent sur les résultats de la méta-analyse dirigée par Lindeman [72], (méta-analyse issue de plusieurs articles enregistrés principalement sur Medline) et concluent que les médecins hommes et femmes ont des taux de suicide élevés par rapport à la population générale [1, 6, 7, 21, 30, 53, 55, 110, 118, 119] et par rapport à d'autres professionnels non médecins [1, 6, 25, 57, 71] ou d'autres professionnels de la santé [42], avec des taux modérément élevés chez les hommes médecins et très élevés chez les femmes médecins par rapport à la population générale [3, 25, 41, 42, 91, 95, 110].

Tableau 2: Risque relatif de suicide chez les médecins en fonction du sexe : [21, 25, 72]

Risque relatifs estimés parmi les hommes médecins

comparé à la population générale masculine 1,1-3,4
comparé aux autres hommes qualifiés 1,5-3,8

Risques relatifs estimés parmi les femmes médecins

Comparé à la population générale féminine 2-5,7
Comparé aux autres femmes qualifiées 3,7-4,5

Le taux de suicide pour les femmes médecins est environ quatre fois celui des femmes dans la population générale [3, 95].

Il semble que les taux de suicides des médecins, hommes et femmes, s'égalisent, alors que dans la population générale le suicide est plus fréquent chez les hommes que chez la femme [21, 54, 71, 72, 84]. En effet, Lindeman retrouve un Ratio Mortalité Suicide (RMS) entre les médecins hommes et femmes de 1,2 (avec un intervalle de 95% entre 0,9 et 1,7).

Pour résumer, pour l'ensemble des études, les taux de suicide pour les hommes médecins sont soit légèrement inférieurs [54, 91], soit peu différents [14, 71, 95, 100], soit supérieurs [majorité des études] à la population générale. En revanche, aucune étude n'a montré des taux de suicide plus faibles chez les femmes médecins par rapport à la population générale [108]. Le risque plus élevé de suicide chez les femmes médecins est préoccupante du fait du nombre croissant de femmes dans la profession.

3.2 SELON L'ÂGE

Les conclusions sont différentes sur ce sujet notamment selon si les travaux prennent en compte les médecins en formation ou non, et les médecins retraités [26].

Certains auteurs situeraient l'âge moyen au moment du suicide chez les médecins autour de la cinquantaine [7, 21, 30, 67, 71, 100].

D'autres relèvent une très forte tendance à l'augmentation des taux de suicide avec l'âge pour les hommes [57, 62, 91, 103, 106], augmentation plus faible pour la femme [57, 62, 91].

A noter que certains suicides surviendraient à l'âge de la retraite [106].

A l'inverse, une étude de Steppacher et Mausner, portant sur 530 décès par suicide en 5 ans recensés par l'American Medical Association (AMA) [119], montrait un excès marqué de suicide pour les femmes médecins de moins de 40 ans : 40% des suicides des médecins femmes et moins de 20% de ceux des médecins hommes étaient survenus chez des personnes de moins de 40 ans. Ceci est à relativiser avec la date de l'étude et l'entrée plus récente des femmes dans la profession. Cependant, Hawton note, lui aussi, un taux important de suicide chez les femmes médecins de moins de 35 ans [54].

Il convient aussi de souligner que certains travaux soulignent le taux important de décès par suicide chez les étudiants en médecine et chez les jeunes médecins [38, 107].

En effet, Samkoff et al ont étudié la mortalité parmi les jeunes médecins à partir des certificats de décès et ont conclu que le suicide est la principale cause de décès chez les jeunes médecins (26% des décès) [107].

Pour résumer, le suicide chez les médecins surviendrait dans les années professionnellement actives et productives.

3.3 SELON LA CATEGORIE PROFESSIONNELLE ET LES CONDITIONS D'EXERCICE

Selon la catégorie professionnelle

Les résultats interrogent sur certaines spécialités : la psychiatrie et l'anesthésie [69].

Cette question a été étudiée dès 1968 par Blachly et al à partir d'une enquête sur 249 médecins [10]. Ces derniers avaient montré que la psychiatrie pourrait être la spécialité médicale la plus à risque de suicide, notion retrouvée plus tard dans d'autres travaux [19, 43, 54, 99, 100].

D'autres études ne constatent pas de différences significatives entre les différentes spécialités [3, 30, 85, 103] ou notent un taux de suicide plus important significativement pour les anesthésistes [2, 19, 54] et les chirurgiens [6].

Une enquête québécoise, dirigée par Legault, retrouve, elle, plus de suicides chez les médecins de familles que chez les spécialistes [31].

Pour Neil, le risque de suicide est plus important chez les anesthésistes que pour la population générale, mais identique à celui d'autres médecins [85].

Phillipe Burnham a écrit une thèse de sociologie sur le suicide chez les médecins aux Etats-Unis (1997) et relate que les praticiens les plus représentés dans la littérature médicale sont les anesthésistes, en second lieu les psychiatres, puis les chirurgiens et les généralistes [16]. Les deux derniers rangs sont représentés par les pédiatres [10] et les gynécologues [54].

Alexander en 2000 compare les risques de mortalité des anesthésistes à ceux de médecins en médecine interne et constate que les taux de mortalité ne sont pas différents sauf pour les décès par suicide, où les taux sont nettement plus accrus [2].

Pour finir, Hawton et al, l'année suivante, rapportent des différences significatives pour certaines spécialités et en particulier pour l'anesthésie et la psychiatrie avec des risques relatifs respectifs de suicide de 6,8 et 4,8 par rapport aux médecins exerçant une spécialité médicale qui sont pris comme référence [26, 54].

Leopold, en France, conclue par son enquête que les médecins les plus touchés sont des femmes et elles sont psychiatres, généralistes, anesthésistes ou ophtalmologues [67].

Pour résumer, les résultats sur les risques suicidaires par spécialité sont à relativiser, en raison du faible nombre de cas par catégorie.

Toutefois on reconnaît un niveau de stress élevé chez les psychiatres [95, 99], et l'accès particulièrement aisé des anesthésistes à des substances dangereuses [2].

Selon les conditions d'exercice [67, 68]

En ce qui concerne les conditions d'exercice, les suicides ne touchent pas que les médecins libéraux.

Les suicides sont repartis équitablement entre salariés, hospitaliers, libéraux (pas de différence selon le mode d'exercice).

Ni les ruraux ni les citadins ne sont épargnés, ni les hommes ni les femmes.

Le travail en groupe n'est pas protecteur.

3.4 SELON LES MOYENS UTILISES

L'ensemble de la littérature médicale s'accorde pour dire que l'Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV) est le moyen de suicide abouti le plus utilisé par les médecins [1, 7, 21, 30, 53, 55, 56, 62, 71, 101, 103] comparé aux non-médecins.

Selon Hawton, il existe un usage de drogues létales très largement supérieur à celui rencontré dans la population générale [55].

Ceci peut s'expliquer par la facilité d'accès à des substances dangereuses et la meilleure connaissance de celles-ci [25]: les médecins étant les mieux placés pour savoir quelles molécules sont les plus à risque par surdosage (ex des anesthésistes qui prennent souvent une overdose des médicaments qu'ils ont l'habitude d'utiliser pour se suicider) [55].

Aussi les médecins qui font une tentative de suicide par IMV ont plus de risque d'en décéder que les non médecins [53].

Après l'IMV, ce serait la pendaison comme méthode de suicide la plus courante chez les médecins suivie des armes à feu.

Mais les données varient selon les pays et les cultures : il n'existe aucun consensus sur ce sujet.

Pour résumer, il existe une surreprésentation de l'intoxication médicamenteuse volontaire telle que certains auteurs préconisent de limiter l'accès aux médicaments dangereux chez les médecins dépressifs dans un but préventif [56].

3.5 SELON LE STATUT MARITAL ET SOCIAL

Une vaste étude menée par l'American Medical Association (AMA) à la fin des années 80 a tenté d'identifier des facteurs prédictifs de suicide chez les médecins [3] : le fait d'être marié apparaît comme un facteur protecteur [132], au contraire le fait d'être divorcé, veuf, célibataire [103], sans enfant ou d'une manière plus générale l'isolement affectif semblent être des facteurs de risque [3].

Après contrôle du statut marital, les taux de suicide chez les médecins est 2,45 fois plus élevés que dans la population générale en âge de travailler [31, 117].

Les médecins suicidés avaient souvent peu de connaissances, peu d'amis [3], ceci pourrait s'expliquer en partie par des traits de personnalité perfectionniste/obsessionnel avec un souci de maîtrise, une hyperactivité, une identification activiste de son métier, traits fréquents chez le médecin et considérés comme un des éléments clés de la réussite professionnelle mais à l'origine aussi de relations plus distantes avec ses conséquences possibles [84].

Pour résumer, le fait d'être isolé socialement et affectivement semble être un facteur de vulnérabilité.

Pour résumer les facteurs de risque suicidaire chez les médecins :

En octobre 2002, un groupe de 15 experts est réuni par l'American Foundation for Suicide Prevention pour réfléchir à la prévention du suicide chez les médecins. Il contribue à la publication d'une conférence de consensus et définit un profil du médecin à haut risque suicidaire [21].

Tableau 3 : Profil du médecin à haut risque suicidaire [21]

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

*L'année suivante, Leopold identifie des marqueurs de dépistage et de prévention sur la série vaclusienne qui seront confirmés plus tard par des études internationales : ce sont le divorce ou la rupture affective (1 fois sur 2), la maladie physique ou psychique (1 fois sur 4 ou 5), les difficultés financières (1 fois sur 3), les contentieux administratifs, judiciaires ou ordinaux (1 fois sur 3), et les conduites addictives (dans un suicide sur 2 l'alcool est présent) [140].
Ainsi, 80% des victimes avaient trois marqueurs ou plus, 90% avaient 2 marqueurs et tous en avaient au moins un.*

Tableau 4 : Marqueurs de dépistage et de prévention du risque suicidaire chez les médecins, Leopold [68]

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

A noter que la survenue de deux des marqueurs de dépistage, chez les médecins vaclusiens, contribue à la mise en place préventive de la cellule d'intervention spécifique du Conseil de l'Ordre des Médecins du département du Vaucluse.

4) SUICIDE CHEZ LES MEDECINS ET TROUBLE PSYCHIQUES

Comme, pour la population générale, le suicide chez les médecins peut être associé à un certain nombre de troubles mentaux [108].

Même si les médecins se trouvent plutôt satisfaits dans leur vie privée et leur travail en comparaison d'autres professions, ils ne sont pas à l'abri de souffrance personnelle, professionnelle ou mentale.

Selon le PAIMM, un médecin sur dix risque de développer un épisode lié à des maladies psychiques et/ou à des conduites de dépendance durant sa vie professionnelle.

Il est fréquent de retrouver chez les médecins suicidés des antécédents de dépression ou d'abus [11, 21, 84].

L'étude AMA a montré qu'un tiers des médecins qui s'étaient suicidés avaient eu au moins un antécédent d'hospitalisation psychiatrique, et beaucoup avaient eu des problèmes émotionnels avant l'âge de 18 ans, voire avaient fait des tentatives de suicide [3]. Toujours dans la même étude, il a été mis en évidence que les médecins qui se sont suicidés avaient déjà évoqué l'idée de se tuer avant de se suicider [3, 82]

Certains auteurs comme Schernhammer et Hampton vont jusqu'à évoquer une prévalence accrue des troubles psychiatriques par rapport à la population générale [53, 109].

Le suicide du médecin peut être associé à des troubles mentaux ou d'addiction d'autant plus que l'ensemble de la littérature s'accorde pour dire que les médecins sont de très mauvais patients et que peu reçoivent les soins nécessaires à une bonne santé. Parmi les troubles mentaux plus fréquents chez les médecins, il semble que les dépressions sévères sont plus susceptibles de conduire au suicide [41, 127].

Ainsi, il convient de rappeler que la première cause d'invalidité chez les médecins est représentée par les troubles du comportement psychiatrique avec plus de 41 % en 2008 (suivi des maladies neurologiques et des maladies du système cardiovasculaire). Ils correspondent également à la deuxième cause des troubles occasionnant l'octroi d'une indemnité journalière de plus de 3 mois (après le cancer). Le nombre de journées indemnisées progresse lui aussi.

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

Les trois facteurs de risque suicidaire mis en avant chez les médecins sont : la dépression, les troubles de l'humeur et les addictions.

Il existe un lien fort entre ces quatre notions [21, 25, 26, 53, 56, 110, 112].

4.1 LA DEPRESSION

4.1.1 EPIDEMIOLOGIE GENERALE :

La dépression semble être un phénomène fréquent chez les médecins [21, 25].

Plusieurs études soutiennent le fait que les médecins sont deux fois plus déprimés que la population générale soit près d'un médecin sur trois [48].

D'autres parlent de prévalence de dépression similaire à la population générale en âge comparable [11, 21, 41, 82, 84, 122, 133], mais les médecins consultant moins, le risque de passage suicidaire augmente [82].

Caplan retrouve 27% de dépressions et 14% d'idées suicidaires chez les médecins généralistes, et respectivement 19% et 5% chez les autres consultants [45].

Thommasen et al constatent 29% de dépression chez des généralistes canadiens [45].

Cependant, il va sans dire qu'il s'agit souvent d'une sous-estimation, les troubles étant souvent mal repérés ou cachés chez les médecins, ces derniers n'arrivant pas à demander de l'aide [25]. Le Dr Grillet subodore que toutes disciplines confondues « certains continuent de travailler en état dépressif » [45]. Cette notion de déni des troubles est d'autant plus importante que les dépressions sévères chez les médecins seraient plus susceptibles de conduire au suicide que pour la population générale [41, 127].

Le suicide chez les médecins semble généralement le résultat d'une dépression non traitée ou insuffisamment traitée associée à la connaissance et l'accès des moyens létaux [5, 11]. D'après certaines études [1, 21, 43, 95], beaucoup de médecins suicidés souffraient d'une dépression et rares étaient ceux qui avaient reçu les soins et les traitements nécessaires avant leur mort [121]. Il existe une stigmatisation de la dépression chez les médecins-malades et leurs collègues [21, 82].

4.1.2 EPIDEMIOLOGIE EN FONCTION DU SEXE

La prévalence de la dépression est plus importante chez les femmes médecins que chez les hommes médecins [41, 84].

Ainsi, plusieurs études montrent une haute proportion de dépression chez les médecins qui se sont suicidés [1, 21, 56, 95], avec une prévalence plus élevée de dépressions parmi les femmes médecins qui se sont suicidées que les hommes médecins suicidés [73].

Welner et al, ont comparé des femmes médecins à des femmes titulaires d'un doctorat et ont constaté plus de dépressions chez les femmes médecins (51% contre 32%) [133]. De même, ils ont confronté les taux de dépression en fonction des spécialités et ont montré des valeurs plus élevées chez les femmes psychiatres (73%) comparativement aux autres femmes médecins (46%) [133].

Une autre étude a montré des taux de prévalence de la dépression chez les femmes médecins similaires à la population générale [41].

4.1.3 EPIDEMIOLOGIE EN FONCTION DE L'AGE

Pour certains auteurs l'accès dépressif surviendrait tardivement [21], pour d'autres il serait habituel au cours de la formation médicale [5,17, 75].

Des études ont montré des taux de dépression à 27% [28], 30% [130] pour des étudiants en médecine avec des taux d'idéations suicidaires à 25% [130]. Dans sa thèse, Pittaco retrouve les critères de la dépression pour 29% des internes interrogés [94].

Pour d'autres, la prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine est identique à la population générale mais augmente avec l'avancée des études [121].

Epstein et al ont étudié rétrospectivement les résultats de tests psychologiques passés à des étudiants en médecine et ont tenté de prédire des caractéristiques psychologiques sachant que prospectivement neuf étudiants se sont suicidés. Pour cela, un psychiatre a été désigné pour tenter de retrouver à l'aveugle les élèves suicidés. Ce dernier a été en mesure d'identifier correctement sur l'ensemble des élèves ; les neuf suicidés. De là, il a pu être mis en évidence des tendances autodestructrices, des sentiments de culpabilité et des traits dépressifs plus élevés chez ces étudiants en médecine [34, 84].

4.2 LES TROUBLE DE L'HUMEUR

Parmi les troubles mentaux rencontrés chez les praticiens, les troubles de l'humeur sont communément notés, en particulier chez la femme [108].

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

Center a montré un lien entre l'absence de traitement des troubles de l'humeur et les taux de suicide élevés [21].

4.3 LES ADDICTIONS

4.3.1 EPIDEMIOLOGIE GENERALE :

La prévalence quant aux abus de substances varie largement, les conduites addictives étant fréquemment banalisées ou déniées [25].

En premier lieu des addictions, on retrouve l'alcool et les médicaments [21, 60], suivi par les drogues illicites et l'addiction au travail. Dans ce dernier cas, on note une impossibilité de dire non à la demande sans fin des patients, laquelle peut entraîner une surcharge de consultations, des erreurs de traitement et de diagnostic.

Dans l'étude AMA, plus d'un tiers des médecins qui s'étaient suicidés étaient soupçonnés d'avoir eu un problème de drogue à un moment quelconque de leur vie, contre 14% des contrôles [3]. Simon fait état dans son étude d'un taux d'incidence d'alcoolisme et de toxicomanie supérieur à 50% parmi les médecins admis à l'hôpital psychiatrique [112]. Ross et Bressler évoquent le fait que 20 à 30% des suicides des médecins sont associés à des abus de substance, et plus de 40% à une consommation d'alcool [15, 105].

Cependant, la plupart des études s'accorde pour dire que les addictions seraient au moins aussi fréquentes chez les médecins que chez les non-médecins, avec tout de même une certaine vulnérabilité pour la toxicomanie médicamenteuse, notamment en automédication [60, 72, 84, 88, 116].

4.3.2 EPIDEMIOLOGIE EN FONCTION DES PRODUITS

Les médecins incapables de demander de l'aider ont souvent recours à l'addiction.

Les toxiques :

L'auto prescription est fréquente avec la fausse idée de connaître assez bien les produits pour se soigner et ne pas tomber dans une dépendance [25]. Les médicaments les plus souvent utilisés sont les benzodiazépines et les opiacés [60].

Elle s'inscrit dans un souci d'indépendance, de discrétion, de gain de temps, et dans une approche culturelle chimiothérapeutique de la gestion du stress [25]. Elle s'explique par la facilité d'accès aux produits, danger majeur tel que le Commission Nationale Permanente (CNP) a évoqué comme solution extrême son interdiction.

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

Cependant, en ce qui concerne l'accès aux produits stupéfiants, il en est tout autre : les médecins utiliseraient moins de produits illicites que les groupes contrôles [60]. En effet, même si les médecins sont plus susceptibles, dans leur vie, d'avoir des expériences avec des produits stupéfiants comparés à des pairs de même âge, ils sont moins susceptibles d'en faire un usage courant [60].

L'alcool :

L'addiction à l'alcool est également fréquente avec une propension plus élevées chez les femmes médecins par rapport à la population générale [110].

L'alcool, tout comme l'automédication, aiderait à étouffer la violence émotive et affective, à porter le « souci de l'autre » [48].

Tout comme dans la population générale, l'alcoolisme est souvent retrouvé parmi les comportements des personnes suicidaires. Ross estime que 40% des médecins qui se sont suicidés avaient des problèmes d'alcool [105].

Le tabac :

Le Ratio de Mortalité Standardisé (RMS) est nettement moins fort en ce qui concerne les maladies liées au tabac (maladie cardio-vasculaire, maladie respiratoire, cancer du poumon...) par rapport à population générale [60, 86, 122].

Il semble que les médecins aient tenu compte des conseils sur la manière d'éviter de fumer [5], les médecins fumant moins que la population générale [42].

4.3.3 EPIDEMIOLOGIE EN FONCTION DE L'AGE

Les pratiques addictives ont pu commencer tôt dans les études médicales et s'aggraver avec le temps dans un but jovial et festif ou constituer insidieusement un remède, consommation à ce moment-là plus tardive à visée presque « thérapeutique » [25] pour lutter contre un mal-être interne (surmenage, fatigue, douleur somatique) qui d'ailleurs a pu débiter lors des études de médecine [25, 143].

L'addiction peut également être utilisée comme produit « dopant » pour augmenter l'efficacité au travail, cette forme de consommation va de pair avec le déni de dépendance [15] et touche toutes les tranches d'âge.

4.4.4 EPIDEMIOLOGIE EN FONCTION DE LA CATEGORIE PROFESSIONNELLE

Difficile de savoir s'il existe des différences en fonction des catégories professionnelles cependant il semblerait que les anesthésistes, les psychiatres et les urgentistes soient particulièrement touchés.

Dans certains centres américains de prise en charge de médecins toxicomanes, il y aurait une proportion d'anesthésistes plus élevée parmi les médecins traités que ne le laisserait penser le pourcentage d'anesthésistes dans la population générale médicale [12]. Mais il existerait des biais notamment de recrutement qui critiquent ces données [12].

La littérature anglo-saxonne estime que 1 à 3% des médecins anesthésistes en exercice seraient concernés par l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives avec un chiffre plus élevé chez les résidents pouvant atteindre 5% [12].

Une enquête nationale a été conduite en s'appuyant sur l'envoi d'un questionnaire dont l'objectif était de préciser l'état de la consommation de substance psychoactives parmi les réanimateurs-anesthésistes français [8]. Les résultats sont les suivants : 22,7 % des répondeurs était des fumeurs quotidiens, 10,9 % étaient abuseurs ou dépendants à au moins une substance autre que le tabac : soit l'alcool (59,0 %), les tranquillisants et les hypnotiques (41,0 %), le cannabis (6,3 %), les opiacés (5,5 %), et les stimulants (1,9 %).

A noter le fait que cette enquête contient des limites liées probablement à l'effet de la sous-déclaration, de la surreprésentation des seniors anesthésistes et de l'absence des anesthésistes en formation [24].

Enfin, il apparaît difficile de dégager des facteurs de risque évidents pour l'addiction en milieu anesthésique. Les anesthésistes abuseurs et dépendants avaient plus souvent une perception négative de leurs conditions de travail et souffraient plus souvent de perturbations du sommeil [8] mais il est impossible de dire si c'est une cause ou une conséquence de l'addiction [8, 24].

Pour Hughes, la spécialité anesthésie ne semble pas surreprésentée pour la prévalence de l'addiction parmi les médecins. Elle est toutefois concernée au premier chef en raison de la disponibilité pour les anesthésistes de substances psychoactives puissantes [60]. Un travail a d'ailleurs mis en évidence une surmortalité des anesthésistes par rapport à des internistes en matière de suicide et de toxicomanie [2].

L'alcool apparaît donc comme la principale cause d'addiction chez les médecins anesthésistes-réanimateurs français, mais la consommation de substances psychoactives recouvre un large éventail de produits.

Les sujets souffrant d'addiction expriment plus fréquemment des difficultés vis-à-vis de leur environnement au travail qui ont pu éventuellement contribuer au développement de leur pathologie [8].

Pour résumer, les médecins présentent une surconsommation de médicaments. Cette pratique doit être surveillée car elle peut facilement entraîner des risques d'abus et de dépendance avec toutes ses conséquences sur leur santé et leur comportement au travail alors même qu'ils ont la responsabilité de la prise en charge des patients. Ces problèmes doivent être identifiés le plus vite possible et faire l'objet d'une prise en charge adaptée.

5 MEDECINS : PROFESSION A RISQUE

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

Cependant, il n'est pas encore à ce jour établi de lien entre suicide élevé des médecins et profil de personnalité ou facteurs de stressants inhérents à la pratique médicale [53].

5.1 LA PERSONNALITE DES MEDECINS:

« Avec cet aveuglement que les médecins gardent parfois sur l'état de leur propre santé »

Emile Zola, Le Docteur Pascal [135]

La personnalité des médecins est longtemps restée une « *boîte noire* », « *une terre inconnue* », et le médecin, un « *inconnu de la psychologie médicale* » [25, 111].

Certains auteurs se sont penchés sur le profil psychopathologique des médecins [111], et ont tenté de définir une personnalité « spécifique » du médecin susceptible de présenter des troubles psychiques [25].

De là, il a pu être souligné que certains traits de personnalité sont plus fréquemment rencontrés chez les médecins comparés aux autres professions. Il convient de souligner que ces traits ne concernent que la sphère professionnelle et correspondent à des variations de la normale et non à des symptômes pathologiques [25].

On note :

- **Une indépendance** par nature, habitude et obligation. Le médecin, habitué à prendre des décisions seul, a des difficultés à déléguer [48].
- **Un perfectionnisme obsessionnel** [26, 108], traduisant le désir d'être apprécié à la hauteur de ses compétences et de son dévouement.
Préoccupé par le travail, les médecins sont incapables de s'accorder un temps pour eux ou de refuser de rendre service à leurs patients. Il existe un sentiment d'obligation d'être disponible chaque fois que nécessaire qui rend difficile de fixer des limites sans grande culpabilité, sans un sentiment de manque d'engagement professionnel [84]. Le médecin souffre d'une conscience professionnelle poussée [48].

Ainsi le perfectionnisme permet une approche clinique approfondie mais il peut aussi engendrer une attitude sans pitié en cas d'erreurs même inévitables [84]. Christensen et al ont mené des entretiens auprès de médecins afin de connaître l'impact des erreurs sur eux, ils ont pu montrer une grande détresse [27]. Les médecins, même s'ils ont conscience de l'omniprésence des erreurs dans la pratique clinique, arrivent difficilement à en parler à des collègues, ils expriment souvent un manque de soutien de leurs collègues quant à leurs préoccupations [15, 44].

Perfectionnisme et compétitivité semblent être cités comme les principales raisons de détresse en cas d'erreurs [21, 27].

- ***Un fantasme d'invulnérabilité avec un besoin de contrôle et de maîtrise*** associé à un désir plus ou moins refoulé de toute-puissance à l'origine du déni, de l'indifférence, du mépris de la fatigue et de la maladie, ainsi que de l'abnégation conduisant souvent les médecins à se dépasser [26, 48, 112].
- ***Un doute chronique*** [108] avec les angoisses d'échec et de mort liées notamment à un sens des responsabilités et un sens proportionnel de culpabilité [111]. L'impuissance face à certaines situations se traduit par de la frustration et un fort sentiment de culpabilité relié au sentiment de ne pas avoir tout fait pour aider [31]. Les médecins se sentent piégés [31]. Le but devenu inatteignable est abandonné, le médecin alors nie, écrase ses aspirations initiales à l'origine d'une perte de sens de la fonction soignante (alternance douloureuse toute puissance/impuissance) [31]. Cette négation prive de sens le soignant. La perte de sens est intimement liée à l'émergence de souffrance, celle-ci non reconnue et accompagnée, peut dégénérer en des troubles pouvant conduire au suicide [31].
- ***Une alexithymie*** [108]. Les médecins semblent avoir certaines difficultés à exprimer et gérer leurs sentiments.
- Un pessimisme, une faible estime de soi [79, 129].

Ce sont ces qualités et ces ressources qui permettent souvent aux médecins de bien exercer leur métier et d'être de « bons médecins » mais ce sont elles aussi qui peuvent paradoxalement générer des risques en cas de problèmes [26].

Ainsi ils peuvent dans certaines situations difficiles nier leurs importances et banaliser leurs répercussions [26].

Les médecins sont censés être solides et soutenir les autres, dévoiler leurs faiblesses ou leur vulnérabilité est pour beaucoup inacceptable [5, 84]. On attend du médecin qu'il soit en bonne santé et qu'en cas de maladie il surmonte vaillamment sans que cela soit perceptible aux yeux de ses patients et de la collectivité (traître aux critères d'exigence qui fondent son entrée en confrérie) [45, 46] « *Ne s'avouant ni vaincu, ni malade, muet et sourd à lui-même, il ne demande ni aide, ni soins. Pudeur, obstination, culpabilité, il ne peut et ne veut pas trahir son image* [48] ». Le médecin est son principal ennemi [48].

Le médecin souffre de son étiquette « VIP » qui augmente son propre sentiment de honte et de stigmatisation. Ils ont beaucoup de difficultés à reconnaître leurs problèmes d'autant s'ils pensent qu'ils sont vus par les autres comme fort et sain [120].

Le médecin malade craint d'être ridiculisé, discrédité surtout si ses difficultés de santé relèvent de troubles psychiques [46].

Il a peur d'être jugé, du non-respect de la confidentialité [40], et des répercussions négatives sur sa vie professionnelle [5, 25] comme l'angoisse de perdre son droit à l'exercice [82].

Ainsi en période de crise, les médecins seraient moins susceptibles de demander de l'aide comparés à d'autres : peu consulteraient un praticien [40, 84, 116] beaucoup se réfugieraient dans le surinvestissement professionnel [116], l'isolement ou l'abus de substance [15, 46], ou l'automédication [40, 46].

Aussi, le médecin soigné est souvent un malade grave car sa prise en charge tardive intervient sur des pathologies déjà évoluées.

Au niveau préventif, le médecin récuse tout examen de prévention y compris lorsqu'il est salarié, il trouve toujours une excuse pour ne pas se rendre aux convocations. Ainsi, sur un tout autre registre, peu nombreux sont les médecins qui sont à jour de leurs vaccinations notamment contre l'hépatite B alors que celle-ci est obligatoire.

Il existe donc une grosse difficulté à passer du statut de soignant à celui de soigné, passage aux soins auquel le médecin est pourtant familier.

De plus, lorsque les soins sont mis en place, les relations avec un confrère traitant, ou une structure hospitalière, sont parfois difficiles car le médecin ne peut s'empêcher d'analyser sa maladie et perturber en les influençant les procédures de prise en charge (refus d'hospitalisation, refus de suivi psychologique).

5.2 LE CONCEPT DU BURN-OUT

La difficulté est encore grande lorsqu'il est question des éventuelles maladies liées à l'exercice professionnel, surtout si elles ne relèvent pas d'infection ou de traumatisme mais de l'acte de soigner [46].

5.2.1 ORIGINE DU TERME ET DEFINITION :

Origine [90, 102]

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

Définition

Il s'agit d'un état mental qui a pour origine les aspects environnementaux, cognitifs et inconscients du sujet, et qui se manifeste de façon graduée, allant d'un investissement important dans le travail à un effondrement narcissique [68].

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

Autrement dit : Quand la relation d'aide tombe malade, c'est le burnout [18].

Synonymes

En Angleterre, on parle de *burnout* ou *job-burnout*, au Japon de *Karoshi*.

En France, on parle de *Syndrome d'Épuisement Professionnel* (SEP) ou *d'usure au travail*, ce dernier étant préféré car il renvoie à la notion d'évolution progressive et de réparation.

Plus rarement est utilisé le terme de *métiérite* [39], pathologie liée à l'exercice de la médecine.

5.2.2 HISTORIQUE

Initialement rattaché à un problème social, ce concept a du mal à trouver sa place au niveau psychopathologique.

En 1768, Tissot décrit les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé. Précurseur d'une psychopathologie du travail, il propose une approche hygiéniste et préventive [48].

En 1959, Claude Veil, psychiatre, introduit et développe en France le concept d'épuisement professionnel.

En 1970, Herbert Freudenberger, psychiatre et psychanalyste américain, décrit une entité qu'il observe chez les travailleurs sociaux s'occupant de toxicomanes dans les « *Free Clinics* » [48, 66] « le burn-out syndrome » : « *je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe reste plus ou moins intacte* ».

Le burn out réside pour lui dans le fait « *de s'épuiser en s'évertuant à un atteindre un but irréalisable que l'on s'est fixé ou que la société impose* », limité au secteur professionnel, il peut s'étendre et gagner la vie privée.

Il le décrit comme un problème social et non clinique. Il en résulte un profil type : ce sont des hommes et des femmes qui n'acceptent pas l'existence de limites dans les idéaux qu'ils cherchent à atteindre [102].

Plus l'implication est grande plus la perte de motivation l'est également, les résultats escomptés n'étant pas atteints [97].

Plus tard, Maslach précise que le burn out renvoie à la notion « *d'un syndrome d'épuisement émotionnel et de cynisme* » qui surgit chez des personnes impliquées dans un travail d'accompagnement et d'aide. Elle met au point en 1981 avec Jackson un instrument de mesure, le MBI (Maslach Burnout Inventory) et une définition qui introduit la composante tridimensionnelle : « *syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement professionnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* », « *épuisement...à la fois physique, émotionnel et mental avec dévalorisation massive...et diminution importante du rendement, associés à des conditions difficiles de travail* [77, 78] ».

La même année, Pines, Aronson et Kafry mettent en place une autoévaluation pour les soignants le Burnout Measure et conçoivent le burnout comme un concept psychosocial composé de trois entités : une fatigue physique, émotionnelle et mentale [66, 93, 102].

Entre 1974 et 1989, le burnout fait parler de lui : plus de 2500 articles sont écrits sur ce sujet.

Pour Gillepsie, le burnout est une réaction à un stress professionnel chronique caractérisée par une adaptation à la situation et une réaction défensive physique et émotionnelle [49]. L'adaptation ou coping est une stratégie d'ajustement face à une situation stressante qui fonctionne selon des processus inconscients, afin de maintenir chez le soignant un état d'équilibre psychologique et de préserver son autonomie [49].

Le concept arrive plus tardivement en Europe dans les années 80, et en France seulement dans les années 90.

Canoui présente « *le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS)* » comme une forme de stress spécialisé qui ouvre le champ d'une « *pathologie de la relation* » à l'autre et pose le problème éthique de la relation d'aide [18, 45]. Pour lui, il n'est pas nécessaire que le SEPS soit une nouvelle catégorie diagnostique pour exister. Il rejoint l'idée de Gillepsie « *s'il fallait le placer dans un cadre diagnostique, c'est la catégorie trouble de l'adaptation qui conviendrait le mieux* [49]».

Mauranges considère ce symptôme à la confluence de la psychopathologie, du social et du professionnel [48].

Pour Leopold, le burnout, par sa présentation lente et insidieuse, est une affection particulière dont l'évolution est incertaine et les conséquences dramatiques.

Le suicide serait pour lui, et d'autres [9, 18, 37, 48] l'expression ultime du burn out.

L'épuisement professionnel peut faire le lit d'une véritable dépression majeure et conduire au suicide.

***Il rejoint le concept du karoshi, karo « mort » et shi « fatigue au travail » et du hara-kiri, geste de désespoir ou suicide effectué par l'employé, en conséquence d'une surcharge professionnelle, à un moment où il n'est pas en réelle capacité d'en évaluer les conséquences* [90].**

5.2.3 CRITERES

Les critères de LM Larouche pour établir le diagnostic de BOS sont [66]:

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

Il convient de souligner que le SEP survient la plupart du temps chez des sujets indemnes de toute pathologie psychologique antérieure.

5.2.4 SEMIOLOGIE

Symptomatologie spécifique :

Le burn-out syndrome comporte trois dimensions :

-*un épuisement émotionnel* (EE) marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable (irritabilité, anxiété, fatigue, insomnie, émotivité, démotivation),

-*une déshumanisation de la relation à l'autre* ou dépersonnalisation (DP) des patients avec une tendance à les voir comme des maladies ou des objets (indifférence, cynisme, inertie, négativisme, rigidité, intolérance, agressivité),

-*une réduction ou absence d'accomplissement personnel* (AP) au travail (sentiment d'échec, d'incompétence et d'inutilité professionnels, dévalorisation, déni de sa souffrance, anhédonie, pseudo-activisme)

L'augmentation de l'EE et sa conséquence la DP est proportionnelle au degré du burnout. A l'inverse, un AP élevé est protecteur puisqu'il donne sens à l'investissement et le rend plus supportable [45].

Il existe une boucle entre les éléments stressants et l'EE, l'un favorisant l'autre et vis-versa ; alors que la DP réduit le stress en agissant probablement tel un mécanisme de défense. La diminution de l'AP accentue le stress [81].

Pour Canoui, la DP est la pierre de touche du SEP des soignants et amène toute la spécificité à ce concept, à savoir une pathologie de la relation d'aide [18].

Le burn out est dit faible si l'une des trois dimensions est pathologique, moyen si deux et élevé si les trois dimensions sont pathologiques.

Symptomatologie non spécifique :

A côté de ces trois dimensions, il existe de nombreux symptômes non spécifiques [66]:

-des *symptômes somatiques* (fatigue, céphalée, trouble du sommeil, douleurs variables, symptômes neurovégétatifs),

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

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

-et *des symptômes de la sphère comportementale* (conflits, distanciation interpersonnelle, absentéisme, retards, désintérêt, signe d'abus).

5.2.5 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La dépression : Tous les critères de la dépression ne sont pas réunis comme le ralentissement psychomoteur pour en citer un et le sentiment dépressif reste localisé au secteur professionnel.

5.2.6 STADES

Le burnout est un état mental se manifestant de façon graduée en 5 stades, proposés par Edelwich et Brodsky, allant d'un investissement important au travail avec souvent un *enthousiasme* démesuré puis survient une période de *stagnation*, puis de désillusion, de *frustration* qui peut aller jusqu'à l'effondrement narcissique, période d'*apathie* puis de *désespoir* où les idées dépressives et suicidaires sont présentes [66,102]. Les risques d'abus sont alors importants (éthylisme, médicaments dont les psychotropes, substances illicites).

5.2.7 ECHELLES

L'évaluation du BO se fait par des entretiens psychologiques et/ou des questionnaires type MBI ou BOM [77].

Du fait du lien avec le stress, elle est souvent associée à des questionnaires mesurant le stress et parfois l'état physique et psychologique, la satisfaction au travail et le soutien social (annexes 1,2,3,4) .

A noter

Le MBI a été significativement corrélé à : l'intention de quitter son travail, la diminution du contact avec autrui, l'absentéisme, les mauvaises relations avec l'entourage, un recours excessif aux psychotropes et à l'alcool [102].

5.2.8 EPIDEMIOLOGIE DU BURN OUT CHEZ LES MEDECINS

En France :

Si une bonne proportion de médecins ne semble pas ressentir de sentiment d'usure, il est également vrai que d'autres semblent avoir un épuisement émotionnel élevé.

Près de 50% des médecins libéraux seraient concernés par cette pathologie professionnelle [résultats de l'étude de Didier Truchot avec une moyenne de 47%, étude de Galam Ile de France 53% communiqué de presse du 21 juin 07 [124, 125, 126, 148) et les mêmes constations seraient retrouvées à l'hôpital [36, 37].

Tableau 5 : Résumé de quelques études françaises sur le burnout

Région	Année	Population	Effectif	Fort EE en %	Fort DP en %	Bas AP en %	Commentaires
Paris et Haute-Garonne [50]	2001	G	932	-	-	-	46,6% déclarent être souvent ou très souvent stressés. Les femmes 1,4 fois plus que les hommes. 47 % sont prêts à changer d'activité en cas de cessation. Comme causes sont citées : le poids financier 82%, les charges administratives 70%, la paperasse et le téléphone 62,8% et la perturbation de la vie privée 56,5%.
Bourgogne [126, 147]	2001	L	394	47,2	32,8	29,2	Dans 68,5% des cas, les relations avec les patients sont citées comme étant sources majeures de stress et de tension ; ce pourcentage ne comprend pas la surcharge de travail liée aux demandes de consultation.
Bretagne, Dinan [102]	2002	G	88	22,7 1/3 exerçaient depuis moins de 5 ans mais aucun depuis plus de 30 ans	35,2 Touche surtout les médecins de plus de 50 ans installés depuis 20 à 30 ans	39,8 Touche les médecins installés depuis plus de 20 ans	La moitié d'entre eux affirmait avoir envisagé de changer d'orientation et 80% ne pas avoir assez de temps pour eux-mêmes ou pour leur entourage. Plus préoccupant, 30% avaient augmenté leur consommation de tabac, 15% d'alcool, 40% de café, 20% de psychotropes
Loire [9]	2003	G	307	26	30	19	
Champagne Ardennes [124]	2003	L	408	42,3	44,5	37,4	44,5% des médecins entretiennent des attitudes très négatives avec leur patient.
Poitou Charente [125]	2004	G	515	40,3	43,7	43,9	
Rhône Alpes [92]	2004	G	189	25	24	42	
Indre et Loire [61]	2005	G	496	25	29	25	
Cher [33]	2005	G	127	25,2	33,1	29,1	
PACA [151]	2007	G	511	23	19,6	10,6	
Ile de France [148]	2007	G	2243	-	-	-	53% des médecins déclarent se sentir en danger et particulièrement les médecins du secteur 1 (57.4%) et les médecins généralistes (60.8%). Parmi les causes retrouvées, on note : l'excès de paperasserie (63%), l'augmentation des contraintes collectives (45.6%), la non reconnaissance de l'action du médecin (45%) et le manque de temps à la vie privée (41%). La parité est respectée : homme 53.7% et femme 52.2%. 12,3 % veulent changer de métier.
Ile de France [94]	2009	IMG	205	16	50	34	45% des internes en médecine générale sont en burnout. La sous dimension dominante est la dépersonnalisation.

L : Libéraux G : Généralistes IMG : Internes Médecine Générale

Enquête SESMAT www.presst-next.fr/SESMAT/

L'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers INPH et la Conférence des praticiens des hôpitaux CPH ont mené une vaste enquête de mars 2007 à avril 2008 sur la Santé Et la Satisfacation des Médecins Au Travail (SESMAT).

Cette étude portait sur l'institution et la situation personnelle, les conditions générales de travail, les horaires de travail, l'ambiance de travail, le retentissement personnel, les facteurs potentiellement perturbants au travail, la vie privée ou familiale et le salaire, ainsi que les liens santé/travail [35, 150].

Les premiers résultats font état d'un risque de burnout élevé pour 13,5% des médecins et pharmaciens interrogés, moyen pour 50% et faible pour 37,7%.

L'intention de quitter la profession était déclarée par 14,3% des répondants, ce qui indique que 85,7% n'envisage pas ou rarement de l'abandonner [35, 97, 150].

En Europe [115]

Une vaste enquête a été mise en place dans 12 pays européens EGPNR pour étudier et déterminer la prévalence de l'épuisement et les facteurs associés.

Le burn out semble être un problème commun à l'Europe : 43% des répondants ont déclaré avoir des niveaux élevés d'EE, 35% de DP, et 39% un faible sentiment d'AP.

A noter que 12% des répondants ont des scores élevés dans les trois dimensions, 21% en ont deux et seul un peu plus d'un tiers serait épargnés des trois dimensions.

32,4% ont l'intention de changer de métier.

Ces taux sont très variables entre les pays.

Des biais culturels semblent exister surtout pour les réponses dans le domaine de la dépersonnalisation, déshumanisation de la relation.

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

Cependant, les pays d'Europe du Sud semblent avoir des niveaux d'EE plus faibles mais ces derniers ont aussi un faible sentiment d'AP.

Dans les différents pays, on retrouve les facteurs associés suivants à savoir :

- le jeune âge, le sexe masculin,
- la faible satisfaction au travail, l'intention de changer de travail,
- l'utilisation des congés maladie et la consommation de produits (alcool, tabac, médicaments).

Le travail universitaire semble associé à un faible EE mais aussi à un faible AP, l'absence de nouvelles qualifications à un EE élevé.

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

Aux Etats-Unis

Le score de dépersonnalisation est plus fort qu'en Europe. Cette notion est sûrement mieux acceptée aux USA que dans les pays européens. La sincérité des Européens est remise en cause [94].

Le niveau de burnout semble plus faible en Europe, l'activité y serait moins stressante [94].

5.2.9 EPIDEMIOLOGIE DU BURN OUT CHEZ LES MEDECINS EN COMPARAISON AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS [126]

	Médecins libéraux N=408	Travailleurs sociaux N=120	Sapeurs pompiers N=155	Aides soignantes N=118
EE moyenne en %	24,15	17,20	12,50	20,06
DP moyenne en %	9,19	5,20	7,80	5,46
AP moyenne en %	35,04	30,40	28,23	34,74

En ce qui concerne l'EE les analyses statistiques montrent qu'il est toujours plus élevé chez les médecins libéraux, de la même manière pour la DP. Les médecins libéraux sont plus distants, plus négatifs dans leur relation avec le patient que chaque groupe auxquels ils avaient été comparés. Quand à l'AP à une exception près il est semblable à celui des autres groupes : seul l'AP médecins libéraux est significativement plus élevé que celui des sapeurs pompiers [149].

L'EE et la DP sont significativement plus élevés mais l'AP sans être élevé ne diffère pas de l'ensemble de celui des autres professions.

5.2.10 PROFIL DU BURNOUT

Il est difficile d'établir des conclusions quant au rôle des variables socio-démographiques sur l'apparition du burnout. Les études multi-variées ont des résultats divergents.

Le rôle de l'âge

Il est très discuté dans la littérature, les résultats sont souvent non significatifs.

L'âge ne serait pas lié au burnout pour certains [149].

Cependant pour d'autres, les personnes les plus jeunes seraient plus sensibles à la déshumanisation [78, 114], les plus âgés au manque d'accomplissement professionnel [78, 102, 114].

La dévalorisation de soi serait de plus en plus grande au fur et à mesure des années [102].

A noter dans certaines études, un pic de burnout chez les jeunes installés (moins de 5 ans) correspondant sûrement à l'écart entre l'idéal qui motive l'entrée et la découverte du terrain [102, 147], de la même manière, il existe un pic de dépersonnalisation en début de carrière (la plupart des études s'accordent pour dire les cinq premières années) [102, 126] qui diminue avec l'ancienneté professionnelle.

Le rôle du sexe

Il est lui aussi controversé, beaucoup de résultats étant là encore non significatifs.

Certaines études [146] avancent le fait que les femmes seraient plus touchées, pour d'autres ce seraient les hommes [35, 78, 150].

Les résultats varient en fonction des dimensions étudiées.

Les femmes auraient un moindre épuisement professionnel [149] et une moindre dépersonnalisation [33, 78, 114, 115, 149] que les hommes ; ceci peut s'expliquer réciproquement par le fait que les femmes médecins ont une charge quantitative de travail significativement inférieure aux hommes médecins (travaillent moins de jours/semaine, moins d'heures/jours, moins de patients/jour) et par la différence de socialisation des rôles sexuels : Truchot l'attribue au fait que les femmes au cours de leur enfance ont des rôles plus maternants ; Ogus et al aux attitudes plus émotionnelles chez la femme et plus instrumentales chez les hommes [149].

Malasch et Snibbe rejoignent le concept d'une moindre déshumanisation chez la femme mais constatent un épuisement émotionnel fort [78, 114].

A noter l'accomplissement personnel ne semble pas varier en fonction du sexe [149].

Le rôle du statut marital

Bien que quelques études retrouvent des taux de burnout élevé chez les célibataires : la majorité des études ne retrouvent pas cette variable comme facteur de risque. Les résultats sur la vie maritale sont souvent non significatifs sur le burn out [61, 125, 126].

Cependant, il ressort que la vie en famille a un effet positif sur le moral.

Le rôle du lieu d'exercice

Pour certains auteurs, l'installation en milieu rural serait associée à des taux d'épuisement émotionnel plus élevés qu'en milieu urbain [102, 146, 149].

Le rôle de la catégorie professionnelle

Pour certains auteurs, l'EE et la DP ne varient pas en fonction de la discipline, en revanche les généralistes ont un plus faible AP que les spécialistes [149].

Pour d'autres, être spécialiste et travailler en cabinet sont des facteurs de risque [146].

5.2.11 BURN OUT ET IDENTITE PROFESSIONNELLE

Cette notion renvoie à la signification qu'un individu donne à son travail, aux besoins, aux valeurs, aux buts qu'il cherche à satisfaire à travers sa profession [149].

De là, des comportements à risque ont pu aussi être mis en évidence, ils sont au nombre de trois selon Freudenberg :

- Le travailleur dévoué et zélé qui accepte trop de tâches.
- Le drogué du travail *workaholic* qui surinvestit son métier et dont la vie privée est insatisfaisante.
- L'autoritaire, persuadé de l'efficacité de son travail dont il fait preuve dans la réalisation des travaux qui lui sont confiés.

Le rapport Truchot [124] s'appuie sur les travaux de Cherniss de 1980 qui avait identifié 4 orientations de carrière chez les professionnels de l'aide en fonction de l'équilibre vie professionnelle vie privée d'une part et intérêts personnels intérêts des autres d'autre part [45].

Il montre que [124, 139]:

- L'artisan qui aime son travail et valorise son activité est un groupe relativement protégé du BO (EE 22,45%)
- L'activiste social qui milite pour bouger les choses, critique d'une profession qu'il espère transformer a un BO faible et un AP élevé (EE 23,2%) ;
- Le carriériste, aussi dit arriviste, qui recherche la reconnaissance sociale, financière et le prestige souffre particulièrement du stress (EE 26,3%) ;
- L'égoïste « self due » qui privilégie sa vie privée à sa vie professionnelle est le moins accompli avec un BO élevé, une DP forte et un AP faible.

Au fur et à mesure de l'évolution de la carrière, si les artisans et les arrivistes changent peu, les activistes diminuent d'autant plus qu'augmentent les égoïstes.

Truchot va plus loin il montre que l'orientation actuelle des médecins n'est plus aussi majoritairement activistes et artisans mais qu'il existerait une orientation de type égoïste pour 43,6% d'entre eux [124].

Ceci montre un double mouvement identitaire touchant d'une part l'ensemble de la profession, à savoir les médecins montrent un désengagement passant d'une orientation tournée vers le social à un repli sur la sphère privée, mais d'autre part il semble qu'il y ait un désengagement beaucoup plus immédiat des jeunes survenant plus tôt dans l'exercice professionnel.

Ces résultats n'ont pas été comparés à d'autres professions, ils ne permettent pas de conclure sur la spécificité au médecin ou sur un mouvement sociétal plus large.

Ils interrogent cependant sur l'association orientation égoïste/ exercice de la médecine, mais aussi sur l'association orientation égoïste/BO et leurs conséquences [124].

5.2.12 BURN OUT ET STRESS

La difficulté de la relation au patient semble être la principale cause même si souvent ce sont les pressions administratives qui sont mises en avant.

La surcharge de travail est cause d'EE, le manque de temps et les conflits avec les collègues de DP, et la non compliance du patient des trois (EE, DP, faible AP)

5.2.13 BURN OUT ET CONSEQUENCES (colloque Brest, thèse ER)

Au niveau individuel

Etat dysphorique, troubles somatiques atypiques, troubles du sommeil, asthénie, addiction de soutien et de compensation (l'étude URML IDF montre une surconsommation d'alcool-tabac et de médicaments chez les médecins menacés par le BO versus les autres non menacés avec respectivement 14.6/3.5% et 15.7/5.1% [148], répercussions familiales avec parfois divorce, moins de vacances, mal être, dépression, voire suicide... Ce qui en dit long sur la spirale infernale dans laquelle s'inscrivent certains médecins.

Au niveau inter-individuel

Irritabilité, distanciation interpersonnelle, prise en charge défectueuse des patients, (dégradation relation médecin-malade et altération de la qualité des soins), conflits...

Au niveau collectif

Absentéisme élevé, inefficacité, appréhension devant les responsabilités, augmentation des dépenses de santé...

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

Une enquête de l'American College of Physicians de 2006 montrait que près de 60% des médecins interrogés avaient à un moment envisagé de quitter la médecine [4].

Pour résumer, les trois grandes conséquences souvent mis en avant sont : le mal-être (90.1%), la dégradation de la relation médecin-malade (85%) et l'altération de la qualité des soins (84.8%) [148].

5.3 LA FORMATION MEDICALE:

L'écart se creuse entre les aspirations et la réalité sur le terrain [74,143].

L'abnégation commence dès les premières années de médecine.

Beaucoup d'étudiants en médecine nourrissent l'espoir que plus tard, ils seront récompensés par un équilibre de vie et que celle-ci sera heureuse [84]. Le décalage entre l'idéal de l'étudiant et la réalité quotidienne conduit à l'effondrement du rêve humaniste. Le médecin formé à retarder la gratification continue cette approche au détriment de sources de satisfaction pour lui [84]. « *L'image abîmée peut engendrer une maladie de l'âme en deuil de son idéal* [44] ».

D'après Canoui : « *nous ne sommes plus dans des conditions sociales de soignants à vocation. Les valorisations ont changé. En disparaissant la vocation a laissé les soignants nus sans protection et sans les bénéfices secondaires qu'elle apportait ne serait-ce qu'en terme d'admiration et reconnaissance* [18] ».

De plus, la formation promeut investissement professionnel, performance et compétition [25, 84], ce sont les « *workaholics normes* » [84]. Elle pousse les médecins à endurer la privation de sommeil; privation à l'origine à la fois de fragilités cognitives et affectives [84, 116]. Le médecin se doit d'être en permanence au maximum de ses capacités. Les trois dimensions de la hardiesse sont : le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise, et le sens du défi. Elles suggèrent endurance, solidité et robustesse psychique [94].

Kirsling et Kochar ont examiné les problèmes psychologiques rencontrés par les étudiants en médecine à savoir des épisodes de troubles cognitifs, de colère chronique, de cynisme et des désordres familiaux. Ils les désignent comme des signes de détresse qui montrent que la formation médicale doit être méditée [65].

En devenant de plus en plus scientifique et plus efficace, la médecine est tentée d'aller plus loin, de réussir encore plus de guérison, de repousser encore plus les limites des possibles. Elle rend encore moins tolérable la maladie et la mort et nourrit l'illusion mégalomane des médecins, rôle de toute puissance que la société impose [18].

5.4 L'EXERCICE MEDICAL:

Tout d'abord, il convient de rappeler que la majorité des médecins sont satisfaits de leurs conditions de travail, cependant un certain nombre se plaint de facteurs stressants inhérents à la pratique de la médecine [26] à savoir les exigences professionnelles, la relation médecin-malade, l'interface vie privée-vie professionnelle.

La moitié des médecins (sondage fin 2002) a le sentiment que les conditions d'exercice se détériorent depuis 5 ans liées au comportement des patients (1/3), liées aux risques d'erreur médicale (2/3) et liées à la dégradation de l'image médicale (1/2).

Dans une étude menée par Levasseur en 2003 auprès de 1316 médecins bretons tirés au sort, il apparaît plusieurs types de facteurs de stress : la surcharge de travail, la crainte des erreurs

médicales, l'insatisfaction par rapport à la profession et le conflit de rôle entre carrière et vie professionnelle [70].

Il convient de rappeler qu'aucune relation n'a été faite entre ces facteurs stressants et les taux de suicides élevés [26]. Cependant, ces conditions d'exercice stressantes pourraient, par accumulation, conduire à l'émergence d'une souffrance voire de troubles mentaux chez des médecins vulnérables [25, 26].

5.4.1 L'EXIGENCE PROFESSIONNELLE :

Les exigences professionnelles sont nombreuses : réalités administratives, comptables, politiques et judiciaires.

Etre médecin de nos jours, c'est être gestionnaire « d'une micro entreprise » avec des modalités très évolutives et sans cesse changeantes nécessitant formation, évaluation, convention, informatisation...[46]

- **Les contraintes administratives**

Les **contraintes administratives** apparaissent comme un poids important du stress.

L'excès de paperasserie administrative est souvent cité dans les études comme facteur stressant [50, 148].

Un des premiers signes de désorganisation et de stress réside dans l'accumulation des papiers et des problèmes matériels [48].

La mise en danger financière, du cabinet pour les libéraux par exemple, signe un malaise très grave [48].

- **Les contraintes judiciaires**

Les médecins voient leur **responsabilité accrue** [59] et ce d'autant plus que des recommandations de bonnes pratiques se multiplient.

Les praticiens craignent de plus en plus des **mesures judiciaires**, alors que parallèlement ils doivent gérer **difficultés diagnostiques et prises de décision**.

Le risque de procès pour **erreur médicale** est redouté par des 2/3 des médecins sondés dans une enquête de 2002.

Beaucoup de suicides chez les médecins font suite à des réclamations pour faute professionnelle [5].

- **La charge de travail**

Le stress, proportionnel à la **charge de travail**, touche pratiquement un médecin sur deux.

La surcharge de travail est telle que le surmenage est fréquent [59].

Plusieurs auteurs mettent en avant le rythme excessif de l'activité avec un temps de travail moyen de 57,5 heures par semaine sans oublier les gardes et leur corollaire, la fatigue, non forcément accompagnés du « repos de sécurité » [33, 46].

Dans ce domaine, le médecin est encore vu comme tout puissant capable d'abattre une grosse charge de travail. Ce rythme serait d'autant plus difficile qu'il est marqué par de nombreuses interruptions. Dans l'étude de l'URML de Bretagne sur les conditions de travail des médecins libéraux, la majorité des médecins répondant (91%) à l'enquête déclarent devoir fréquemment interrompre une tâche en cours (consultation) pour en effectuer une non prévue (téléphone, urgence...).

8 médecins sur 10 ont le sentiment de devoir souvent ou toujours se dépêcher et moins d'un médecin sur deux considère qu'ils disposent d'un temps suffisant. 75% avouent emporter chez eux du travail, 94% déclarent travailler plus tard que prévu [144].

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

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

Beaucoup de médecins estiment effectuer parallèlement **des actes qui ne relèvent ni de leur fonction ni de leurs qualifications**, notamment en ce qui concerne la prise en charge sociale. Le médecin ne peut pas être sur tous les fronts.

Inversement avec le paiement à l'acte et la T2A, les médecins sont amenés à voir le plus de patients possibles en un minimum de temps afin de gagner plus.

Il convient de rappeler que les médecins généralistes ont un revenu horaire parmi les plus bas des professions libérales [39].

- **Médecin : économe de la santé**

Le médecin doit jongler **entre économie de la santé et consumérisme du patient**.

Il existe un déséquilibre entre ce que le médecin veut faire en tant qu'individu, son engagement de par ses fonctions et ce dont il dispose : autrement dit entre le quotidien, l'idéal du professionnel et l'image sociale. L'objectif d'un médecin est de prodiguer un soin de première qualité à un moindre coût sinon il est tenu pour responsable du dérapage des dépenses de santé. La différence peut parfois être grande entre l'attente du patient et celle de la société [39].

L'écart entre les soins recommandés aux patients et l'accès aux soins peut parfois être important.

- **La solitude de l'exercice / le manque de reconnaissance**

La solitude de l'exercice professionnel ou le compagnonnage insuffisant sont également souvent mis en avant comme facteurs de stress, stress qui peut s'expliquer par l'absence de conditions positives pour le médecin (manque de gratifications et de reconnaissance de la part de supérieurs hiérarchiques, peu de soutien professionnel) ou par la présence de conditions négatives (relations avec les interlocuteurs professionnels difficiles ou conflictuelles, objectifs mal définis, ambiguïté des rôles) [18, 113, 143].

Ce stress lié aux exigences médicales influe négativement sur la relation médecin-malade et sur la qualité des soins [42].

5.4.2 LA RELATION MEDECIN-MALADE

« *La relation médecin-malade constitutive notre humanité ne va pas toujours de soi et présente des risques* »
Canoui [18]

- **La démystification de la relation**

Il convient de rappeler pour commencer que le statut du médecin est remis en cause [25] : **l'identité du médecin est démystifiée.**

Il existe une altération ressentie de l'image du médecin qui n'est vu que « comme l'interlocuteur technique et scientifique du moment » (Alain Cordier dans un rapport bioéthique remis au Ministre de la Santé).

On assiste à une modification des représentations sociales après le temps des malades, puis des patients, vient celui des usagers de droit [48] « on peut exiger du médecin, on peut l'agresser » [140].

- **Les exigences des patients**

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

Les autres relations génératrices de stress sont les cas complexes (11,1%) et le choc émotionnel (6,6%) [126].

- **Le harcèlement des patients**

Le **harcèlement de la part du patient**, accompagné de violences verbales et/ou physiques lors des consultations, est à l'origine d'une altération importante de la relation patient-malade. Ces actes de violences sont le fait des patients dans 80% des cas, ou des personnes accompagnantes (15%) [140].

Selon un sondage réalisé fin 2002 par le CNOM, 43% des médecins déclaraient avoir déjà été confrontés à une altercation physique avec un patient et 87% à des altercations verbales. Le nombre croissant des incidents a conduit l'Ordre des Médecins à mettre sur pied en 2002-2003 un observatoire de l'insécurité pour répertorier les agressions dont sont victimes les médecins.

Quand à l'observatoire des violences hospitalières, créée en 2005, il fait état de 3200 agressions notifiées entre septembre 2005 et décembre 2008 [113].

Tableau 6: nombres d'incidents déclarés par les médecins depuis 2003 [141]

	Nombres d'incidents déclarés					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Agressions verbales	267 soit 42%	193 soit 44%	319 Soit 50%	201 Soit 39%	363 Soit 43%	248 Soit 46%
Vols ou tentatives de vol	174 soit 27%	102 soit 23%	145 Soit 23%	151 Soit 29%	238 Soit 29%	131 Soit 25%
Agressions physiques	97 soit 15%	72 Soit 16%	89 Soit 14%	73 Soit 14%	108 Soit 13%	61 Soit 11%
Vandalisme	81 soit 13%	53 Soit 12%	63 Soit 10%	53 Soit 10%	90 Soit 11%	59 Soit 11%
Menaces ou lettres anonymes	10 soit 2%	14 Soit 3%	19 Soit 3%	26 Soit 5%	32 Soit 4%	14 Soit 3%
Autres	8 Soit 1%	4 Soit 2%	1	4 Soit 1%		5 Soit 1%

Les généralistes sont particulièrement exposés [141].

Un sur trois serait victime de violence [113].

A noter que le principal « déclencheur d'incident » en 2008 a été le temps d'attente trop long, ou une réponse du médecin non conforme à la demande du patient (refus d'une prescription spécifique, d'une demande de certificat ou d'un arrêt de travail) [140, 141].

Ses incidents peuvent être parfois à l'origine d'interruptions de travail. Un incident sur dix a donné lieu à un ITT en 2008 [141].

Selon le rapport Costargent de 2001, la proportion d'arrêts de travail consécutifs à des violences subies par des médecins dépasse celle des salariés du régime général [144].

Certains auteurs pensent qu'ils sont sous-estimés, les médecins déposant rarement plainte.

De même, il convient de rappeler qu'en France, 40 médecins ont été tués durant leur travail en vingt ans dont 12 femmes [45, 144].

- **L'engagement tacite remis en question**

La relation médecin-malade est également alourdie par le fait qu'autrefois elle résultait d'un engagement tacite basé sur une confiance mutuelle entre le médecin et le malade. Aujourd'hui, cet engagement est remis en question par le **devoir de preuve, le devoir d'information et de transmission des dossiers médicaux** (Principe de précaution et la loi du 4 mars 2002) [48].

Les nouvelles obligations légales mettent en cause les modes de communications habituels et alourdissent la relation [48].

Il se met en place un double paradoxe : le malade accepte de moins en moins d'être malade et le soignant se sent de plus en plus coupable de ne pas guérir [140].

Il convient de rappeler que l'objectif d'un soignant n'est pas la guérison mais la prise en charge : le médecin doit mettre en œuvre le traitement le plus adapté, le plus expérimenté, alors que pour le malade, la guérison est ce que lui doit la médecine.

Le médecin a une obligation de soins, de moyens mais non de résultats [97, 140].

- **Le transfert de la souffrance**

Par sa relation au malade, le médecin est **confronté à la douleur, à la souffrance, à la maladie, et à la mort** [142] **ainsi qu'à l'inefficacité thérapeutique et aux limites des connaissances médicales** [48, 80].

Ce transfert d'angoisse et de souffrance est souvent difficile [68].

Ces situations régressives induites par la peur de la maladie compliquent parfois les rapports avec le patient : dépendance maternelle, assujettissement paternaliste, copinage fraternel, rejet, agressivité...[48]

Des sentiments de colère, de frustration, d'impuissance, associés à une auto-protection, conduisent les médecins à prendre de la distance et par là leur ôtent la satisfaction de la relation médecin-malade.

Les médecins confrontés aux souffrances existentielles des êtres qu'ils doivent soulager souffrent eux-mêmes d'une crise d'identité [18].

Trouver en permanence la distance émotionnelle « suffisamment bonne » est rude.

- **La définition même de la relation médecin-malade**

Comme archétype guérisseur-blessé

Pour Tricot, la relation thérapeutique peut s'analyser comme un couple au sein duquel existe deux pôles : d'un côté le pôle thérapeute, médecin, aidant et de l'autre le pôle patient, malade, aidé [123].

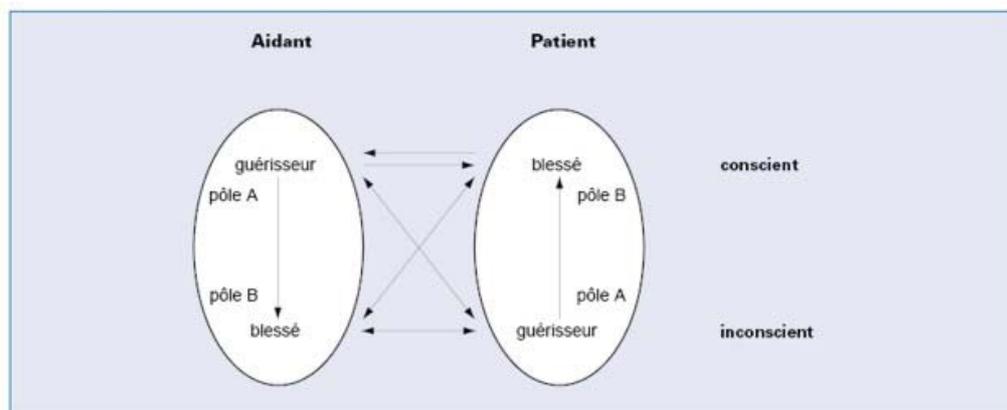
Il reprend le concept de Chalverat qui définit la relation médecin-malade à travers la dynamique de l'archétype « guérisseur/blessé » où l'actualisation du pôle guérisseur chez le praticien et l'actualisation du pôle blessé chez le patient créent la relation thérapeutique [23, 123].

La notion d'archétype selon Jung se définit comme étant une forme potentielle, virtuelle, innée de l'être humain [64, 123].

L'aspect polaire de l'archétype du guérisseur-blessé prend une place toute particulière, dans le sens où au départ, un des deux pôles se trouve dans l'inconscient, et cela de manière inversée. Le schéma ci-dessous aide à comprendre la dynamique qui s'installe dans la relation entre aidant et aidé quand cet archétype est constellé [23, 123].

Il s'inspire de la théorie du transfert de Jung [63].

Tableau 7: Dynamique de l'archétype « guérisseur-blessé » [23]



Les travaux de Guggenbuhl-Craig considèrent la relation médecin malade comme une rencontre médecin guérisseur et patient blessé [23, 51]. Pour favoriser la guérison, le médecin tente de mobiliser le côté soignant du malade. Par contre, le soignant porte aussi en lui des blessures, d'une certaine manière ce dernier devient le « frère » du malade plus que le maître. Ainsi, le patient blessé peut, en même temps qu'il est soigné par le médecin, contribuer à soigner le soignant de ses blessures [51].

Cette rencontre est une richesse d'un côté comme de l'autre [31, 51].

Mais l'acceptation par le médecin de son pôle blessé peut également l'empêcher de trouver la distance exacte avec son malade : soit il s'implique trop dans le problème du patient qui devient son problème, soit le mal-être généré par les résonances de son propre cas le conduit à une attitude neutre, non juste, voire même agressive vis-à-vis du malade, jugé comme responsable de ce mal-être [123].

Lorsque le sujet s'identifie totalement et sans aucune distance à sa fonction, quand il se produit un collapsus identificatoire entre le sujet et sa fonction, qui n'autorise plus aucun espace pour un minimum de jeu et de distance, le risque de souffrance du soignant est important [142].

Pour éviter cela, il est nécessaire que l'aidant reste relié à sa part blessée, à savoir reste en lien avec ses fragilités, ses ombres et ses faiblesses et se garde de l'illusion d'avoir une fois pour toutes tout résolu [23, 123].

Comme coût-bénéfice

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

Le gain pouvant être représenté par le salaire, le plaisir, la reconnaissance, le bien être, l'expérience acquise, inversement l'énergie, le temps dépensé, la fatigue représenteraient le coût [45, 126].

Selon une de ses études : 17,3% des médecins ont un sentiment d'équité par rapport à la relation avec leur patient, 27,4% se définissent comme sur bénéficiaires, et 55,3% se sentent comme sous bénéficiaires, ces derniers ont un risque d'épuisement professionnel plus important [45, 126, 139].

5.4.3 L'INTERFACE VIE PROFESSIONNELLE-VIE PERSONNELLE:

Pour répondre aux exigences professionnelles, et effectuer au mieux la relation médecin-malade, le médecin se doit de travailler dur, souvent aux dépens de sa vie personnelle et de ses loisirs [25].

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

Beaucoup de médecins vivent dans l'isolement et la solitude.

Ainsi, parfois à la mise en danger professionnelle et financière s'ajoute la mise en danger conjugale et familiale [48].

Les conflits conjugaux jouent un rôle important dans les suicides des médecins [2]. Le divorce, la conjugopathie, le veuvage sont associés à des taux élevés de suicide chez les médecins [106].

Il convient d'ailleurs de rappeler que les taux de divorce chez les médecins sont 10% à 20% supérieurs à la population générale [116] et que les conflits conjugaux y sont très nombreux [1, 5, 7, 103].

Un article écrit que les couples mariés constitués d'un médecin sont souvent des « mariages malheureux » [84].

Weiner a montré que la capacité à maintenir des liens familiaux est un fort indice de bien être psychologique [132]. Stack parle de facteur protecteur lié à l'état civil : marié [117].

5.5 LA SPECIFICITE DE LA FEMME MEDECIN

Les femmes médecins se suicideraient en moyenne quatre fois plus que dans la population générale [2, 95].

Bien que concordantes, il convient de rappeler que les données épidémiologiques sur le suicide des médecins femmes proviennent de petits échantillons, ce qui peut constituer un biais méthodologique [25].

- *Les exigences parentales*

Pour Heim, les femmes, en dépit de l'évolution des sexes, ont toujours tendance à jouer sur les deux fronts : **exigence de la médecine et responsabilité parentale** notamment en ce qui concerne la garde des enfants [59, 84, 108].

Ainsi Johnson et al ont constaté que dans les mariages entre deux médecins, les femmes étaient plus susceptibles de faire des **aménagements dans leur carrière** que leurs conjoints pour s'occuper des enfants.

Les conflits travail-famille pourraient être source de stress chez les médecins femmes [84]. Ceci rejoint les conclusions de Carr et al qui ont trouvé que les hommes et les femmes médecins sans enfant avaient une évolution de carrière équivalente, le fait d'avoir un enfant serait un frein à la progression des carrières des femmes médecins [20].

Les femmes médecins sont plus nombreuses que les hommes à signaler le poids de la famille, de la carrière du conjoint, de l'éducation des enfants sur le choix de carrière [74].

- *Le harcèlement sexuel*

Schernhammer propose une autre explication et rappelle que le **harcèlement sexuel** pourrait rentrer en ligne de compte pour expliquer le fort taux de suicide des praticiens féminins.

Il fait référence à une étude de 1998 publiée par les Archives of Internal Medicine qui révélait que 37% des femmes médecins s'étaient senties au cours de leur carrière sexuellement harcelées. L'étude confirmait un lien entre certaines dépressions et les harcèlements sexuels les plus sévères.

Schernhammer préconise une plus grande égalité entre les sexes au sein du corps médical [136].

- *La rationalité du suicide*

Une enquête faite par Duberstein et al a examiné la **perception de la rationalité dans le suicide** chez 114 médecins : pour 61% le suicide pouvait être un choix rationnel dans certaines circonstances [32].

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

- *Les désordres affectifs, la dépression et les addictions*

De même, Welner montre une prévalence importante de **désordres affectifs** chez les femmes médecins, notion déjà développée par Pitts qui pourrait là aussi expliquer en partie le risque suicidaire plus élevé [95, 133].

Enfin, il a été montré que les femmes médecins seraient plus souvent **dépressives** [132] et consommeraient **plus de médicaments** [15].

- *La faible estime de soi*

Miller défend l'idée que les femmes ont besoin de « relations réciproques », caractérisées par l'empathie, la compassion et le soutien.

Ce mode relationnel est incompatible avec la compétitivité, la promotion et l'avancement professionnel figurant traditionnellement dans la formation médicale [83].

Ceci ajouterait un stress professionnel pour les femmes médecins.

6 PRISE EN CHARGE DU MEDECIN MALADE

La prise en charge des médecins souffrants est difficile, du fait de leur appartenance même au corps médical. Elle est d'autant plus compliquée lorsque le médecin souffre de troubles psychiques, où elle s'accompagne de déni, de banalisation, de peu de demandes et d'une fréquente résistance aux soins [26].

La première partie de leur prise en charge impose une évaluation objective des troubles par un confrère.

Le médecin soignant doit faire prendre conscience des troubles psychiques au médecin malade et établir par la suite un contrat thérapeutique ainsi qu'un protocole de soins avec ses différentes modalités allant du suivi externe au recours à une hospitalisation [26, 143].

La mise en place d'une hospitalisation, si elle est nécessaire, se fait souvent non sans difficultés, elle suggère confidentialité, anonymat, et prise en charge spécifique [143]; d'où l'idée d'encourager la création de centres d'addiction et de santé mentale dédiés aux médecins [68, 143], comme il existe à Barcelone et au Québec.

Une première structure addictologique réservée aux professionnels de santé devrait ouvrir en 2010 sur le CHU de Besançon [22].

Elle devrait être constituée de 32 lits de cure post sevrage (entre 5 et 6 semaines) dont la moitié serait ouverte à tous, l'autre moitié réservée aux médecins et autres professionnels de santé ainsi que de 10 lits de cure qui pourront être utilisés par les uns et les autres [22].

L'équipe soignante serait formée pour s'adapter à la prise en charge de patients professionnels de santé et à leurs particularités dans le cadre d'une unité spécifique. Ce serait la même équipe pour tous les patients. Elle comprendra un médecin addictologue, des psychologues, des kinésithérapeutes et un art-thérapeute.

Une première estimation des besoins en 2006 avait évalué à environ 300 le nombre de médecins susceptibles de faire appel à une telle structure [22].

La deuxième partie de la prise en charge consiste à étudier la possibilité d'une reprise d'activité professionnelle dans des conditions acceptables et sécuritaires.

Elle peut nécessiter arrêt(s) de travail, modalité(s) particulière(s) d'exercice ou nécessité d'une reconversion [143].

Le retour au travail doit être facilité dès que cela est possible.

7 PREVENTION DU SUICIDE

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

Montaigne au XVI^{ème} écrivait: « *la maladie du médecin est un scandale* » [22].

Deux siècles plus tard, Voltaire renchérisait : « *il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse* » [22].

7.1 EN FRANCE

Il s'agit d'une priorité à la fois personnelle et institutionnelle.

Les programmes de formation et les institutions doivent être conscients des risques de détresse, souffrance psychique, en particulier de suicide, et prendre des mesures pour remédier à ce problème [107]. Les médecins doivent être attentifs à ces préoccupations et y répondre sur le plan personnel.

7.1.1 SUR LE PLAN PERSONNEL

« Le médecin doit préserver son capital santé en tant que personne et soignant »

« Le soignant a une responsabilité vis-à-vis des gens qu'il soigne et donc s'il s'enrhume, c'est tout le système qui tousse »

Eric Galam, Colloque Paris 2008

Pour être un bon médecin il ne faut pas négliger son bien-être et son développement personnel. Il convient aussi d'entretenir son cercle familial et social [116].

Tout d'abord, il semble important pour les médecins de pratiquer ce qu'ils prêchent pour leurs patients à savoir **une bonne hygiène de vie** au travers de choses simples comme bien dormir, manger sainement, faire une activité physique, s'aménager des moments de détente, maintenir des relations en dehors du travail et aller voir régulièrement son médecin traitant [113, 116].

L'incitation est forte à ce que les médecins ne soient pas leurs propres médecins traitants [143]. Il convient **d'exhorter le médecin-patient à se trouver un médecin de famille** afin d'arrêter l'automédication. Une enquête conduite en 1999 a révélé qu'un grand nombre de praticiens ont pris l'habitude de se soigner eux-mêmes, 70% d'entre eux pratiqueraient l'automédication [40]. Une étude sur les médecins libéraux franciliens montre que 90% des interrogés n'ont pas de médecin traitant, 86% se prescrivent leur traitement psychotrope et 31% ressentent le besoin d'un soutien psychologique [22]. Certains auteurs d'ailleurs préconisent de limiter l'accès aux médicaments dangereux chez les médecins dépressifs [56].

De même, un travail sur soi doit être fait et accompagné pour **réduire l'utilisation des produits « relaxants »** type alcool ou tabac.

7.1.2 SUR LE PLAN PROFESSIONNEL

Une **information des futurs et actuels médecins sur le suicide, les états dépressifs, les conduites addictives, le burn out et la pratique quotidienne** [68, 76, 139] serait nécessaire pour réduire la discordance possible entre ce que les jeunes médecins pourraient attendre de l'exercice de leur métier lorsqu'ils s'engagent et la réalité future mais aussi et surtout pour les sensibiliser. Il paraît plus que nécessaire de bien préparer les étudiants en médecine [148].

De la même manière, **différentes formations** devraient être mise en place sur:

- **l'autoévaluation de l'épuisement professionnel** à travers l'application personnelle de l'échelle MBI.
- **le professionnalisme et le bien-être** afin de développer une bonne hygiène de vie professionnelle [84, 87, 148]. Il convient pour l'heure de redéfinir les termes engagement professionnel et compétence. Ces formations pourraient permettre d'aider les praticiens à assumer les difficultés liées aux soins (annoncer une mauvaise nouvelle, assumer une erreur, gérer des contraintes multiples...) [46], et lutter pour la prévention des conduites addictives [68]. Il existe d'ailleurs un certain nombre d'articles sur le bien être professionnel dans la littérature [87] ou des conférences (conférence internationale sur la santé des médecins).
- **les programmes d'aide existants** en cas de souffrance psychique et/ou de dépendance afin de favoriser la demande d'aide et l'accès aux soins.
- **la prise en charge de confrères** [148] pour éviter l'identification inconsciente du médecin soignant au confrère malade qu'il prend en charge [25].
- **la pratique de la médecine libérale**, la gestion d'un cabinet, ses spécificités, ses avantages et ses difficultés [148].
- **des compétences d'administrateur et de gestionnaires** [68].
- **la prévention et l'attitude à adopter en cas de violences** de la part du patient afin d'être mieux protégé au sein de son travail. Certains proposent des cellules d'intervention policière [148].
- **la bonne appréhension des nécessités de prévoyance**. L'amélioration de la protection sociale est plébiscitée à 97% par les médecins interrogés lors de l'étude URML Ile de France [46, 148]. Actuellement la protection sociale présente un délai de carence de 3 mois en cas d'arrêt maladie avant de recevoir leurs indemnités journalières. Les médecins doivent donc s'assurer correctement pour manquer à cette période de carence. Ceci s'applique aussi bien pour les médecins libéraux que pour les praticiens contractuels des hôpitaux lesquels n'ont aucune garantie statutaire : dès le premier jour de maladie, ils ne bénéficient que des indemnités de la Sécurité Sociale. Les hospitaliers titulaires ne sont pas épargnés : ils bénéficient d'une bonne protection, du moins durant les trois premiers mois de leur arrêt de maladie, mais s'ils ne bénéficient pas d'un congé de longue maladie, la situation commence à se dégrader et ce dès le début du quatrième mois. L'URML Ile de France propose à la CARMF d'étudier la possibilité d'une diminution progressive du délai de carence des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail [148]. La CNOM a d'ailleurs discuté la mise en place d'un service d'information en matière de prévoyance, comme la création d'une banque de données comparatives des contrats proposés. Dans la même optique, la CARMF devrait rappeler l'importance d'être à jour dans leurs cotisations et de souscrire des assurances complémentaires [148].

Une **amélioration de la communication au sein de l'équipe de travail** contribue à un meilleur épanouissement professionnel et doit être favorisée le plus possible [116]. La meilleure aide est l'entraide. Il faut apprendre à partager la détresse et demander de l'aide dans une équipe. Le travail pluridisciplinaire doit être encouragé [140]. Le médecin doit apprendre à déléguer les tâches qui n'appartiennent pas à sa fonction et se tourner vers les personnels paramédicaux ou sociaux.

Dans la même idée que les groupes de parole type balint (cf ci-dessous), **débriefing et defusing** devraient être mis en place et facilités, tout comme **tutorat ou compagnonnage** qui pourrait prévenir l'anxiété des plus jeunes tout en valorisant la compétence des anciens [76, 140]. Le partage des expériences est un gage de mieux-être pour chacun [140].

Un autre mode d'aide doit être développé et assoupli [148] : c'est le **remplacement**. Beaucoup de médecins demandent une plus grande facilité des remplacements ainsi qu'une meilleure attractivité.

7.1.3 SUR LE PLAN INSTITUTIONNEL

La prévention commence en amont avec **l'évaluation des aptitudes mentales et physiques** à l'exercice de la profession médecin lors des études [68]. Cette évaluation est limitée du fait du polymorphisme de l'exercice professionnel et de son évolutivité pas toujours prédictible [143]. Pour certains, la longueur des études impose de fait une sélection aux moins motivés ou plus fragiles [140].

Il convient de souligner que le but ne serait pas d'exclure ces étudiants mais de leur épargner des souffrances et des désillusions ultérieures, et les aider pour qu'ils affrontent les difficultés professionnelles sans dommage [140].

Dr Monfort revendique d'ailleurs la « *fragilité* » comme qualité de bon soignant, tout comme Galam [25, 140].

Platon, le père de la philosophie occidentale, affirmait que « *les plus habiles médecins seraient ceux qui...n'étant pas eux même d'une complexion saine, auraient souffert de toutes les maladies* » [96].

Le mythe de Chiron permet de comprendre cette notion de soignant blessé. Chiron, centaure, a reçu d'Artémis et d'Apollon l'enseignement de la médecine et par la connaissance des plantes, il en avait reçu l'art de guérir [31].

Mais lors d'un combat, il est blessé par mégarde de la flèche d'Héraclès imprégnée de sang de l'Hydre de Lerne, il tenta de se soigner mais sa blessure était inguérissable. C'est par ce que cette plaie lui procurait d'affreuses douleurs sans lui causer la mort, un dieu est immortel, qu'elle lui offrit la renommée de guérisseur incomparable de la Grèce antique. Il transmet son savoir à Esculape, père de la médecine occidentale [31].

Le terme « médecin blessé » apparaît pour la première fois dans un livre de Jung en 1951 *Fundamental questions of psychotherapy*. Plus tard dans un autre ouvrage, publié peu avant son décès, il affirme que seul un « médecin blessé » peut soigner de façon efficace et renoue ainsi avec le mythe de Chiron [31, 63, 64].

L'évaluation physique et psychique doit se faire tout au long de la profession médicale pour repérer les éventuelles difficultés psychiques et mieux identifier les médecins « à risque » [25].

Elle repose ainsi sur **l'instauration de visites médicales de prévention régulières et obligatoires**, dans un double but de dépistage et de protection sécuritaire pour les médecins et pour la patientèle. Il convient de rappeler que la seule visite médicale d'un étudiant en médecine au cours de ses études se situe au moment où admis en internat il intègre l'hôpital. La qualité de cette visite d'aptitude est très inégale de l'avis des intéressés... La Commission Nationale Permanente a incité le développement pour chaque CDOM d'une commission de dépistage de médecins en difficulté.

Afin de favoriser cette démarche, il est nécessaire de concevoir un **service de médecine du travail pour les médecins** [46, 68, 76, 139] avec possibilité de créer une médecine de travail pour les médecins en dehors du lieu d'exercice du praticien : le but étant de dépister, signaler, et soutenir les médecins dès les prémices de l'affection. Cette médecine de prévention serait effectuée par des praticiens formés à cette mission, non conseillers ordinaires de préférence et aptes à la persuasion incitative. Certaines de ces affections étant liées aux conditions de travail du corps médical, il convient de développer et favoriser la recherche en matière de santé mentale en relation avec l'exigence et les conditions médicales.

L'image du conseil de l'ordre des médecins et des commissions d'entraide doit être modifiée de façon à développer une entraide confraternelle efficace aux niveaux départemental, régional et national [68, 139].

Pour agir plus précocement et efficacement en cas de difficultés financières, il convient de favoriser la collaboration entre CARMF et CDOM [68].

Parallèlement il est bon de rappeler que certaines situations financières difficiles pourraient être dépistées en aval par les secrétaires des CDOM mais aussi par les réseaux tels que les délégués médicaux ou les groupes FMC : à l'image de l'Amicale des Psychiatres du Vaucluse qui à partir de «marqueurs de risque» ou «clignotants» fait intervenir la cellule d'entraide ordinale dès lors qu'un médecin cumule 2 de ces clignotants, et intervient ainsi en amont d'éventuelles souffrances psychiques (tableau 3).

Le droit et devoir d'ingérence du code de déontologie doit être développé afin d'encourager le médecin à signaler les confrères souffrant d'une maladie mentale ou d'une addiction (diagnostic précoce par le fait du signalement confraternel) [68, 143]. Le confrère soignant peut être lui même mis en difficulté devant un collègue présentant des troubles psychiques, il peut les nier, les banaliser ou être pris au piège de l'identification, du transfert et du contre-transfert. Les médecins doivent être formés à la prise en charge de confrères.

Pour accompagner la prise en charge, **la création de passerelles permettant l'évolution des carrières doit être développée** [76, 143]. Un système d'Evaluation de la Pratique Professionnelle (EPP) mise en place par l'ANAES et les URML, des bilans de compétences professionnelles personnalisées type UNAFORMEC ou MG Form doivent avoir pour objectif le reclassement ou la réorientation professionnelle [45] de façon à ce que le médecin dispose de choix d'évolution de carrière adaptée à celui qui souffre et non la réponse univoque « non dangereux, dangereux, inscrit, non inscrit » [143]. La possibilité d'une reprise d'activité professionnelle doit pouvoir se faire dans des conditions acceptables sécuritaires, ce qui suggère reconversion ou modalités particulières d'exercice [143]. Il faut abandonner le dogme du tout ou rien où un médecin reconnu incapable d'exercer une activité de soins se voit exclu de l'Ordre alors qu'un exercice différent, non au contact du malade lui est possible.

Dans le même ordre d'idée, un fichier des offres et des demandes, en matière d'exercice professionnel, susceptible de s'adresser à des praticiens, présentant une pathologie physique

et/ou psychique limitant leur activité, pourrait être développé par les CROM et CNOM [143] : banque d'emplois potentiels.

La nature et les limites des responsabilités doivent être mieux définies (réclamation de 95.2% des médecins interrogés [76, 148]. En cas de conflit, « *il faut appuyer les commissions de conciliation* » confère Dr Mouriès et le Dr Canoui [148].

7.1.4 SUR LE PLAN SOCIAL

Le **tissu associatif** doit être conforté et développé à l'exemple des groupes de pairs et autres **groupes de parole type Balint** [46, 68, 139, 144]. Dans son ouvrage le plus célèbre, *le Médecin, son malade et la maladie* (1957), Michael Balint, psychiatre hongrois, propose d'étendre les techniques de la psychanalyse à la pratique de la médecine générale. Il crée des groupes de parole « groupe balint » pour discuter en commun de la relation patients-médecin à travers des études de cas « *case work* ». Cette approche a été jugé utile pour augmenter à la fois la confiance en soi et la compréhension de certains patients. Il est important que le praticien réfléchisse à la manière dont, avec le patient, il utilise sa personnalité, ses convictions scientifiques et certains modèles de réactions automatiques, dans la mesure où la modification de sa relation avec celui-ci, même partielle, durant les phases de diagnostic et de traitement, peut rendre son action plus efficace et sa capacité de compréhension plus grande.

La **création d'alerte téléphonique** départementale, en 2004, à la disposition des médecins en souffrance, et la constitution d'un réseau de soignants susceptibles de réagir immédiatement semble être une nécessité absolue.

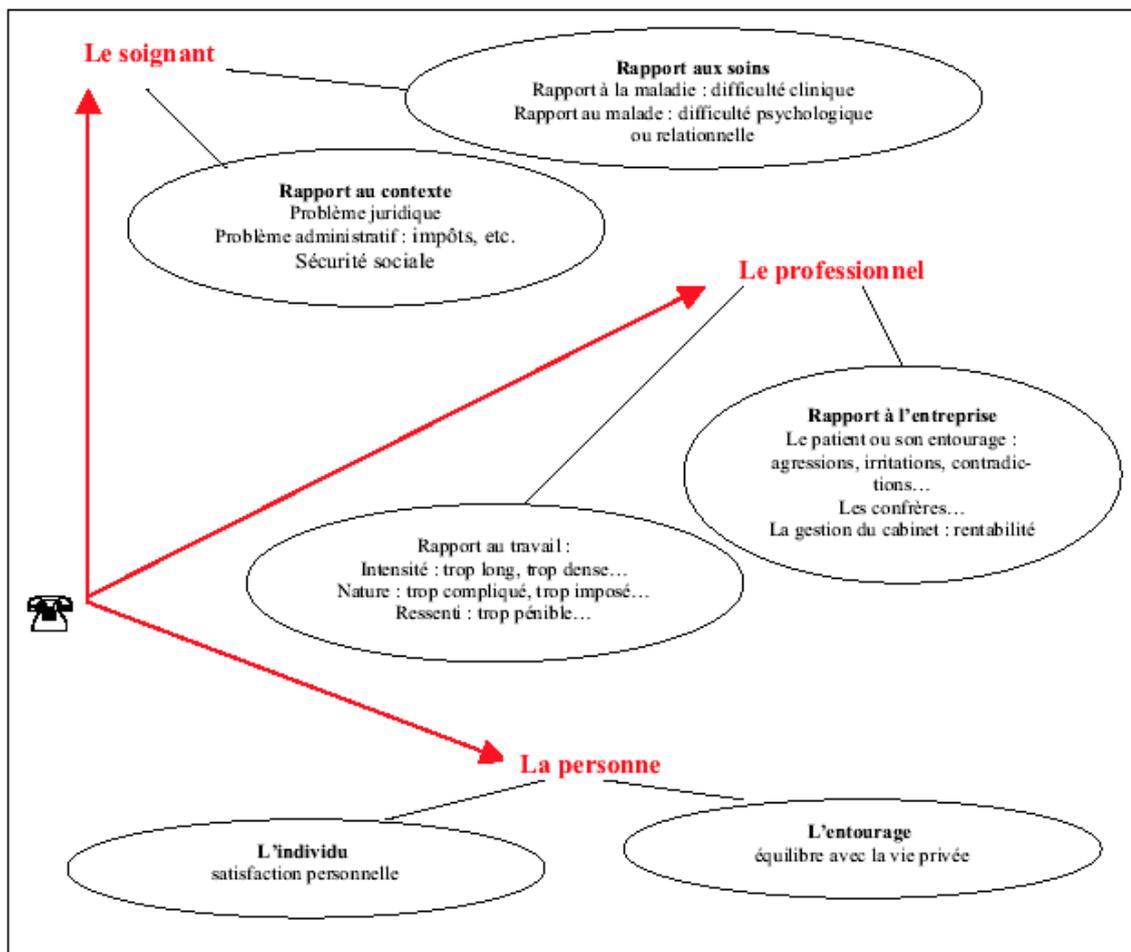
Un dispositif d'écoute téléphonique, d'accompagnement et de soutien psychologique spécialement dédié aux médecins libéraux a d'ailleurs été mis en place dans la région parisienne. Ce dispositif mis en place par l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) doit être étendu à tout le territoire et aux autres professionnels de santé [33], cette extension se fait très difficilement.

0 826 004 580

Il s'agit d'une assistance psychologique par téléphone anonyme et confidentielle avec orientation si nécessaire vers un psychologue proche du domicile du médecin pour une prise en charge plus globale. Ce service est opérationnel depuis le 1 juin 2005 et fonctionne 24h/24H et 7j/7j. Il est réalisé par des psychologues cliniciens diplômés d'état répondant aux règles déontologiques de la profession. Le médecin peut s'entretenir 5 fois par téléphone avec un psychologue du réseau. Si ces entretiens ne suffisent pas à répondre à son problème et que l'état du médecin nécessite une prise en charge psychologique plus poussée le psychologue l'adresse vers un psychologue clinicien appartenant au réseau ou toutes autres structures.

Il ne s'agit donc pas d'une thérapie par téléphone mais d'une aide pour que les médecins qui masquent leur souffrance, la reconnaissent pour la traiter. Les problématiques envisagées par l'association sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8 : les trois de réflexion et d'aide de l'AAPML [45]



De la même manière, **un forum internet** pourrait être développé, forum où les médecins n'ayant pas le temps d'aller voir un collègue pour parler pourraient prendre le clavier et échanger sans différer leurs temps de parole à l'exemple de nos collègues Québécois (appel à l'aide en constante augmentation de 50 à la création du site en 1990 à 350 en 2007).

www.psva.fr
www.aapml.fr

Sur le même plan, des lignes téléphoniques de conseils médicaux, juridiques et administratifs pourraient être développées.

La **reconnaissance** de la pénibilité de l'activité comme profession à risque et du burn out comme **maladie professionnelle** est discutée : certains sont pour [46, 68, 76, 148], d'autres sont contre [18].

D'ailleurs afin d'objectiver le suicide, le prévenir, le dépister et développer la prise en charge la plus adéquate, il paraît nécessaire de mettre en place et de développer des études nationales sur le sujet et des consultations spécifiques et adaptées [46].

7.2 A L'ÉTRANGER

7.2.1 AU CANADA

L'Association des Psychiatres du Canada (APC) postule depuis 1997 pour une série de recommandations devant régir la prise en charge des médecins atteints de maladie mentale, notamment le fait que tout médecin présentant des symptômes d'affection psychiatrique soit évalué sans tarder de préférence par un psychiatre qui ne soit ni un ami ni un collègue [45]. Elle insiste sur l'importance du secret professionnel. Elle promue la nécessité de sièges de psychiatres aux comités de toutes les provinces pour le bien être des membres du corps médical et le développement de groupes de soutien provinciaux pour les psychiatres qui traitent des professionnel de santé [45].

Au Québec, le PAMQ, Programme d'Aide aux Médecins du Québec, s'adresse à des médecins, des étudiants en médecine, mais aussi à leur famille proche en cas d'abus de substance, de troubles psychiques ou de problèmes personnels. www.pamq.org
Le siège social est à Montréal mais il existe des services dans toutes les régions du Québec. Un des piliers de ce programme d'aide est la confidentialité [142]. Il propose, entre autres, entretiens téléphoniques et/ou rencontre avec un médecin-conseil du PAMQ si besoin [142].

7.2.2 EN ESPAGNE

En 1998, le PAIMM (Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade) est créé. Il a pour but d'assister les médecins qui présentent des problèmes psychiques et/ou des troubles de comportement de dépendance. La finalité est d'assurer à ces confrères des traitements adéquats de manière à ce qu'ils puissent exercer la médecine dans les meilleures conditions possibles et ainsi veiller à la santé de leurs patients [22].
Ce programme est disponible en quatre langues. www.paimm.net

L'Ordre des médecins de Barcelone a, en 2001, posé les bases du « programme d'attention aux professionnels de santé avec des problèmes mentaux et des conduites addictives ». Ainsi, l'institution ordinaire recommande une facilité d'accès aux soins pour les médecins, le droit à la confidentialité et le développement de la recherche en matière de santé mentale en relation avec les conditions de travail du corps médical [45].

Progressivement une assistance ambulatoire est mise en place puis des places en hôpital de jour. Quelques années après, c'est une structure spécifique qui est mise à disposition : la clinique Galatea, située à Barcelone [140, 142].

Initialement limité à la Catalogne, le PAIMM prend en charge des médecins de toute l'Europe mais aussi parfois d'autres pays [142].

Cette clinique comporte 22 lits et 15 places d'hôpital de jour. Elle peut accueillir des médecins et des infirmiers ayant besoin d'une prise en charge dans le domaine des désordres psychologiques, de l'épuisement professionnel et des addictions [137, 143].

Elle permet des soins spécialisés en établissement et des suivis post-thérapeutiques.

Ces soins ont les caractéristiques suivantes [22, 137, 140] :

- ils sont prodigués gratuitement pour les soignants espagnols (financés à 80% par l'administration publique et à 20% par la fondation Galatea, créée par l'Ordre de Catalogne en 2001),
- ils sont réalisés en haute confidentialité. Un nom d'emprunt est donné aux médecins patients, seules deux personnes connaissent leur identité pour des raisons de réception et de coordination des soins.
- ils font l'objet d'un contrat thérapeutique entre le thérapeute et le malade, en collaboration avec des psychiatres d'autres structures, publiques et privées, qui interviennent si nécessaire.

La patientèle est constituée à 85% des patients médecins volontaires ; seuls 15% relèvent d'une injonction ordinale, faite par voie collégiale, sur signalement transmis à l'Ordre [22, 137, 140]. Il s'agit certes d'un service d'hospitalisation spécialisée mais aussi d'une cellule de réinsertion.

La fondation Galatea propose également des programmes préventifs sur la préparation de la retraite, sur la prévention du burnout mais aussi favorise la recherche en contribuant à la publication de diverses études www.fgalatea.org

7.2.3 EN GRANDE-BRETAGNE

Devant les résultats d'une enquête menée en 1999, par Forsythe et al, montrant que 70% des médecins pratiquaient l'automédication, le pays a mis en place le National Consulting Service for Sick Doctors, cabinets de consultations réservés aux docteurs [40, 45].

7.2.4 AU JAPON

A noter que depuis 1987 il existe une loi permettant la reconnaissance et l'indemnisation des victimes du *Karoshi* [102]. En effet, pour les japonais, le *karo jisatsu* (excès de travail) est un accident de travail.

Ainsi, les critères pour être reconnu et indemniser repose sur le nombre d'heures passées au travail : la famille demanderesse doit justifier pour la victime d'un exercice professionnel de vingt-quatre heures consécutives la veille du décès ou d'au moins seize heures de travail par jour pendant une semaine entière avant le jour de la mort [102]. Le mode de fonctionnement japonais diffère de celui européen. Le Japon a fondé une partie de sa réussite économique sur le nombre d'heures passées au travail, ce dernier devant être considéré comme un plaisir [102]

8 CONCLUSION

Poser la question du suicide et des tentatives de suicide chez les médecins est en soi un tabou, car elle amène la notion de souffrance, de fragilité et remet en question l'image du soignant infailible. Elle interroge sur le fait que les médecins, du moins certains, ont besoin d'une aide.

« Le médecin n'est pas seulement un outil au service des soins mais aussi un être humain qui peut être malade et souffrir »

En effet, même si les médecins se trouvent plutôt satisfaits dans leur travail et dans leur vie personnelle, même s'ils ont une meilleure santé et vivent plus longtemps que la population générale, il convient de rappeler que les médecins, certes, ont en effet moins de risque de mourir par rapport à la population générale pour toute cause de décès sauf pour le suicide.

Les médecins font moins de tentatives de suicide, ont plus d'idées suicidaires et font plus de suicide aboutis que la population générale. Un médecin qui présente des idées suicidaires a un plus grand risque de passage à l'acte réussi.

Les femmes médecins semblent particulièrement touchées, avec des taux de suicide beaucoup plus importants que la population générale. Les taux de suicide hommes-femmes médecins semblent eux s'égaliser. Le risque plus élevé chez les femmes médecins est d'autant plus préoccupant que la profession se féminise de plus en plus.

« Le principal ennemi du médecin est lui-même »

Comme pour la population générale, le suicide des médecins peut être la conséquence de troubles psychiques.

La dépression occupe une place importante. Même si plusieurs auteurs s'appuient pour dire que sa prévalence est similaire à la population générale, le risque de passage suicidaire lui est souvent fatal. En effet, le suicide chez les médecins semble généralement le résultat d'une dépression non traitée ou insuffisamment traitée associée à la connaissance et l'accès des moyens létaux. Il convient de lutter contre la stigmatisation de la dépression chez le médecin-malade et les collègues.

De même, pour palier à leurs difficultés, les praticiens utilisent souvent l'automédication, étant son propre médecin avec toutes les conséquences que cela peut engendrer : abus, dépendance, moyen de suicide...

La part d'intoxication médicamenteuse volontaire comme moyen de suicide est telle que certains auteurs préconisent de limiter l'accès aux médicaments dangereux chez les médecins dépressifs dans un but préventif.

Tenter d'expliquer les taux de suicide élevés chez les médecins n'est pas chose facile. Le suicide des médecins fait sûrement appel à des souffrances plurielles, pluridéterminées.

En pratique, il est difficile de dissocier strictement les souffrances de la personne, du sujet et les souffrances du médecin, du professionnel.

Il semble que certains traits de personnalité peuvent contribuer à des décompensations.

Les mêmes critères qui font de lui un bon médecin peuvent paradoxalement dans certains cas générer des risques en cas de problèmes.

Ainsi, les médecins-malades, souvent, nient leur souffrance et leurs difficultés, ils s'enferment dans le surinvestissement professionnel, l'isolement social, et l'addiction.

L'affichage d'une « impuissance » est pour le médecin le sentiment d'un début de la fin.

« Être médecin peut nuire à votre santé »

Il convient de rappeler qu'aux éléments personnels et individuels s'ajoutent les risques inhérents à la profession à savoir un métier à haute responsabilité soumis à une surcharge de travail importante, à des contraintes administratives grandissantes, à l'inflation juridique, aux exigences, harcèlements et souffrances des patients.

Etre médecin c'est se confronter à la douleur, à la maladie et à la mort.

Trouver en permanence la distance émotionnelle suffisamment bonne est difficile.

Le médecin, pris par des idées de performance et de compétition, en oublie qu'il n'en est pas moins humain. Loisir et famille sont parfois mis de côté.

« Un médecin est un patient pas comme les autres »

La prise en charge de ces médecins souffrants est difficile, du fait de leur appartenance même au corps médical. Le déni, la banalisation, et la résistance aux soins sont fréquents et ce d'autant plus que le médecin souffre de troubles psychiques.

La prise en charge de confrère malade est difficile et périlleuse pour tout médecin. Elle nécessite un travail multidisciplinaire autour du médecin-malade pour éviter le piège de se laisser embarquer dans des erreurs diagnostiques ou thérapeutiques dues à la volonté consciente ou inconsciente de dissimulation du médecin-malade.

Les confrères ont souvent beaucoup de difficultés à annoncer au médecin souffrant les vérités indispensables à la prise en charge.

Un centre addictologique réservé au professionnel doit ouvrir sur Besançon : est-ce là une solution ?

Une forte sensibilisation ou mobilisation autour de ce problème semble souhaitable car elle pourrait amener à un dépistage plus efficace des soignants en souffrance et à une prise en charge plus précoce et mieux adaptée.

Nous devons être sensible à la détresse psychologique en nous-mêmes et les autres, et être disposés à obtenir et offrir un soutien en cas de besoin.

Il s'agit d'une priorité à la fois personnelle et institutionnelle.

« Un médecin malade n'est pas un bon thérapeute, un médecin mort encore moins... »

9 ANNEXES :

9.1 ANNEXE 1 : Maslach Burnout Inventory (MBI) [77]

Outil élaboré par Christina et son équipe en 1981 pour disposer d'un instrument de mesure du burn-out syndrom. Il contient 22 items mesurant les trois dimensions.

Pour chaque item, le sujet est invité à préciser la fréquence d'apparition du sentiment correspondant à un état et ce, à l'aide d'une échelle à 7 points. Un score élevé aux deux premières sous-échelles révèle un état d'épuisement professionnel. En revanche, un score élevé à la sous-échelle relative à l'accomplissement, parce qu'elle est inversée, signifie que le sujet se sent accompli professionnellement

Jamais	0
Quelques fois par année au moins	1
Une fois par mois au moins	2
Quelques fois par mois	3
Une fois par semaine	4
Quelques fois par semaine	5
Chaque jour	6

Epuisement émotionnel

Degré de burnout total inférieur à 17 : bas entre 18 et 29: modéré supérieur à 30 : élevé

ITEM	FREQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6

Dépersonnalisation

Degré de burnout total inférieur à 5 : bas entre 6 et 11 : modéré supérieur à 12 : élevé

5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

Accomplissement personnel

Degré de burnout total supérieur à 40 : bas entre 34 et 39 : modéré inférieur à 36 : élevé

4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardisé(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6

9.2 ANNEXE 2: Burn Out Measure (BOM) [93]

Il s'agit d'une approche motivationnelle base sur une cotation quantitative.

Vous pouvez évaluer votre niveau de lassitude en complétant le questionnaire suivant. Il vous servira aussi à diagnostiquer vos sentiments envers votre travail et votre mode de vie, ainsi que votre humeur en général ou juste celle d'aujourd'hui. En vous servant de l'échelle d'évaluation ci-dessous indiquez la fréquence à laquelle vous vous sentez :

Jamais	1
Une ou deux fois	2
Rarement	3
Parfois	4
Souvent	5
Généralement	6
Toujours	7

1. fatigué
2. déprimé
3. satisfait de votre journée
4. exténué au niveau physique
5. exténué au niveau émotif
6. heureux
7. à plat
8. épuisé moralement
9. malheureux
10. abattu
11. pris au piège
12. inutile
13. ennuyé
14. troublé
15. déçu ou dépité par les autres
16. faible et impuissant
17. désespéré
18. rejeté
19. optimiste
20. énergique
21. anxieux

Pour obtenir le Tedium Score (TS) : Additionnez les points 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21. Vous obtenez (A). Additionnez les points que vous marquez aux numéros suivants : 3, 6, 19, 20. Vous obtenez (B). Soustrayez (B) de 32, vous obtenez (C). Additionnez (A) et (C), vous obtenez (D) que vous divisez par 21. C'est là votre niveau de lassitude.

L'échelle de réponse est :

Entre 2 et 3 : pas de problème particulier

Entre 3 et 4 : réexaminer sa vie, son travail, évaluer les priorités et envisager certains changements

Entre 4 et 5 : il existe un burn out pour lequel une intervention est nécessaire

9.3 ANNEXE 3 : Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [150]

Vous sentez-vous fatigué(e) ?
Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) physiquement ?
Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) émotionnellement ?
Vous arrive-t-il de penser « je n'en peux plus » ?
Vous sentez-vous exténué(e) ?
Vous arrive-t-il de vous sentir faible et prédisposé(e) à être malade ?

A chaque item cinq propositions de réponse auxquelles correspondent une cotation

1. Jamais/presque jamais
2. Rarement
3. Quelque fois
4. Souvent
5. Toujours

9.4 ANNEXE 4 : Questionnaire de Freudenberger [44]

Il faut répondre à chaque question en donnant une note de 0 à 5 points:

0 pour indiquer que ce n'est pas vrai pour vous
et
5 pour indiquer que cela vous décrit bien.

1. Vous fatiguez-vous plus facilement?
2. Vous sentez-vous plutôt fatigué qu'énergique?
3. Est-ce que les gens vous ennuient lorsqu'ils vous disent «tu ne sembles pas bien en ce moment »?
4. Travaillez-vous de plus en plus dur tout en produisant de moins en moins?
5. Etes-vous de plus en plus cynique et désenchanté?
6. Ressentez-vous souvent une tristesse inexplicable?
7. Oubliez-vous vos rendez-vous ou vos affaires plus fréquemment?
8. Etes-vous plus irritable?
9. Etes-vous plus nerveux?
10. Etes-vous plus déçu par les gens qui vous entourent?
11. Voyez-vous les membres de votre famille ou vos proches amis moins fréquemment?
12. Etes-vous trop occupé pour faire des choses simples comme passer des coups de téléphone, lire des articles ou envoyer des cartes à vos amis?
13. Avez-vous des problèmes physiques plus fréquents (douleurs, maux de tête)?
14. Vous sentez-vous désorienté quand l'activité de la journée se finit?
15. Est-ce que les moments de joie sont rares?
16. Etes-vous incapable de rire d'une plaisanterie à votre sujet?
17. Est-ce que le sexe semble apporter plus d'ennui que de joie?
18. Avez-vous peu de choses à dire aux gens?

Résultats:

0-25: pas de problème.
26-35: état de stress débutant.
36-50: état à risque de burnout.
51-65: état de burnout.
> 65: état dangereux

10 BIBLIOGRAPHIE:

Par auteurs

1. Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med*. 2001; 52: 259-265.
2. Alexander BH, Checkoway H, Nagagama SI, Domino KB. Cause specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology*. 2000; 93 (4): 919-921
3. AMA. American Medical Association Council on Scientific Affairs. Physician mortality and suicide: results and implication of the AMA-APA pilot study. *Conn Med*. 1986; 50: 37-43.
4. American College of Physician Executives. www.acpe.org/Education/Surveys/Morale/morale.htm
5. Andrew LB. Physician suicide. Jul 10, 2008. www.emedicine.medscape.com
6. Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatr Scand*. 1987;75:139-143.
7. Bamayr A, Feuerlein W.. Suicidhäufigkeit bei Ärzten und ZahnSrztenin Oberbayern. *Social Psychiatry*. 1986; 21: 39-48.
8. Beaujouan L, Czenichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Ann. Fr. Anesth. Réanim*. 24 (2005) : 471-479.
9. Begon-Bellet. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire. Thèse de médecine générale. 2003.
10. Blachly PH, Disher W, Roduner G. Suicide by physicians. *Bull Suicidology*. 1968; 1-18.
11. Black D. When physicians commit suicide. *Iowa Med* 1992; 82 (2): 58-61.
12. Bonnet F, Beaujouan L, Chandon M, Pourriat JL. Conduites addictives chez le médecin anesthésiste. Sfar, editor. 44è Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Conférences d'actualisation. Paris : Elsevier ; 2002 : 25-30.
13. Bourgeois M, Peyre F, Delile JM, Pommereau X. Suicide among medical doctors, psychiatrists, medical and psychiatry students, and doctor's wives. *Psychol Med*. 1987; 19: 631-633.
14. Boxer PA, Burnett C, Swanson N, Suicide and occupation: a review of the literature. *J Occup Environ Med*. 1995; 37: 442-452.
15. Bressler B. Suicide and drug abuse in the medical community. *Suicide Life Threat Behav*. 1976. 6 (3): 169-178.
16. Burnham H, Michaut FM Le suicide des médecins. La lettre d'expression médicale. www.exmed.org
17. Butterfield PS. The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med*. 1988; 48: 1428-1435.
18. Canoui P, Moranges A, Florentin A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses. Paris. Masson.1998.
19. Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20,000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med*. 1997 ;54 :388-395.
20. Carr PL, Ash AS, Friedman RH et al. Relation of family responsibilities and gender to the productivity and career satisfaction of medical faculty. *Ann Intern Med*.1998; 129:532-538.
21. Center C, Davis M, Detre T et al. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus Statement *JAMA* 2003; 18; 289(23):3161-3166. www.afsp.org
22. Chabrol A. Les médecins: des patients pas comme les autres. *Le magazine de l'Ordre National des Médecins*. N°1 septembre-octobre 2008.
23. Chalverat C. La dynamique de l'archétype "guérisseur-blessé" à l'œuvre dans la pratique et la formation des praticiens de l'aide. Education permanente. Mars 2000. *Revue de la FSEA*.
24. Chandon M. Addiction en milieu anesthésique : pour aller plus loin. *Ann. Fr. Anesth. Réanim*. 24 (2005) 463-465.
25. Chocard AS, Gohier B, Juan F et al. Le suicide des médecins. *Revue de la littérature. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. 2003; 65: 23-29.
26. Chocard AS, Juan F. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. *La lettre du psychiatre*. 3 (2007): 10-14.
27. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. Heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med*.1992; 7: 424-431.

28. Clark DC, Salazar-Gruoso E, Grabler P et al. Predictions of depression during the first six months of internship. *Am J Psychiatry*. 1984; 141: 1095-1098.
29. Council on Scientific Affairs: Results and implications of the AMA-APA Physicians Mortality Project, Stage II. *JAMA* 1987; 257: 2949-2953.
30. Craig AG, Pitts FN. Suicide by physicians. *Diseases of the Nervous System*. 1968; 29 (11): 763-772.
31. Daneault S. La notion du soignant blessé. Peut-elle être utile aux médecins de famille ? *Canadian family physician*. 2008, 54 (9): 1223-1225.
32. Duberstein PR, Conwell Y, Cox C, Podgorski CA, Glazer RS, Caine ED. Attitudes toward self determined death : a survey of primary care physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1995 ; 43 (4) : 395-400.
33. Elouali S. Etude du burnout ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins libéraux du Cher. Thèse de médecine générale. Université de Tours. 2006.
34. Epstein LC, Thomas CB, Shaffer JW, et al. Clinical predictions of physician suicide based on medical student data. *J Nerv Ment Dis*. 1973; 156: 19-29.
35. Estryn-Béhar M, Muster D, Doppla MA, Machet G, Guetarni K, et le COPIL. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins. Résultats de l'enquête SESMAT- références et tableaux. *Le concours médical*. 2009. Tome 131.
36. Estryn-Béhar M. *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*. Ed Estrem. 1997.
37. Estryn-Béhar M. *Risques professionnels et santé des médecins*. Edition Masson. 2002.
38. Everson RB, Fraumeni JF. Mortality among medical students and young physicians. *J Med Educ*. 1975; 50: 809-811.
39. Falson JL. La métiérite. Reconnaître, comprendre et traiter. Décembre 2001. www.docteurdoc.fr
40. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ*. 1999; 319: 605-608.
41. Franck E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. *Am J Psychiatry*. 1999; 156 (12): 1887-1894.
42. Franck E. Mortality rates and cause among US physicians. *Am J Prev Med*. 2000; 19: 155-159.
43. Freeman W. Psychiatrists who kill themselves: a study in suicide. *Am J Psychiatry*. 1967;124(6):846-847.
44. Freudenberg HJ. L'épuisement professionnel: "la brûlure interne". Gaetan Morin Editeur. 1987.
45. Galam E. Burnout des médecins libéraux. *Médecine*. Décembre 2007-janvier 2008.
46. Galam E. Le burnout des médecins libéraux. *Le Généraliste*. N°2400. 23 février 2007.
47. Galam E. Stress professionnel des médecins. Comment y remédier ? *Revue du praticien MG*. N°704-705. 10 Octobre 2005.
48. Gautier I. Burnout des médecins. *Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris*. Mars 2003. n°86.
49. Gilepsie DR. Burnout among health service providers. *Adm Policy ment health*. 1991; 18: 161-171.
50. Gleizes M, Ravazet A. Evaluation du stress perçu chez le généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris. Thèse de médecine. Toulouse 2001. n°1065.
51. Gunggenbühl-Craig A. Pouvoir et relation d'aide. Pierre Margada. *Psychologie sciences humaines*. Avril 1995.
52. Gyorfy Z, Adam S, Csoboth C, Kopp M. The prevalence of suicide ideas and their psychosocial backgrounds among physicians. *Psychiatr Hung*. 2005; 20(5):370-379.
53. Hampton T. Experts address risk of physician suicide. *JAMA*. 2005; 294(10):1189-1191.
54. Hawton K, Clements A, Sakarovich C et al. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55: 296-300.
55. Hawton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. *J Q Med*. 2000; 93: 351-357.
56. Hawton K, Malmberg A, Simkin S. Suicide in doctors. A psychological autopsy study. *J Psychosom Res*. 2004; 57 (1):1-4.
57. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG et al. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychol Med*. 2005; 35(6): 873-880.

58. Hem E, Gronvold Nt, Aasland OG, Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry*. 2000; 15: 183-189.
59. Heim E. Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom*. 1991; 55: 90-99.
60. Hughes PH, Brandenberg N, Baldwin DC Jr, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, Sheedan PV. Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA*. 1992 ; 267 (17) : 2333-2339.
61. Jarry C. Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire. Thèse de médecine générale. 2003
62. Juel K, Mosbech J, Hansen ES. Mortality and causes of death among Danish medical doctors, 1973-1992. *Int J Epidemiol*. 1999; 28: 456-460
63. Jung CG. Ma vie : souvenirs, rêves et pensées recueillis et publiés par Aniéla Jaffé. Gallimard. Folio. 1991.
64. Jung CG. Psychologie du transfert. Albin Michel. Paris. 2000.
65. Kirsling RA, Kochar MS. Suicide and the stress of residency training: a case report and review of the literature. *Psychol. Rep*. 1989, 64 : 951-959.
66. Lefebvre D. Le burn-out ou épuisement professionnel des soignants. *Primay Care*. 2004 ; 46 : 914-916
67. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins. Octobre 2003.
68. Leopold Y. Le suicide des médecins: expression ultime du burn-out ? CARMF 2006. www.apima.org/img_bronner/Suicide_Medecins_2006.pps
69. Leopold Y. Le suicide des médecins: étape ultime du burn out syndrome ? Table ronde. Groupe mutualité pasteur.
70. Levasseur G. Les médecins bretons et leur santé. URML Bretagne, juillet 2003. www.dfmc.univ-rennes1.fr/IMG/pdf/sante_mg.pdf
71. Lindeman S, Laara E, Hirvonen J, Lonnqvist J. Suicide mortality among medical doctors in Finland: are females more prone to suicide than their male colleagues. *Psychol Med*. 1997; 27: 1219-1222.
72. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry*. 1996; 168:274-278.
73. Lindeman S, Laara E, Vuori E, Lonnqvist J. Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admission to hospital and contributory causes of death. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 1997 ; 96 :68-71.
74. Martin A, Tombert-Paviot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne : privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. *Médecine*. Février 2008. vol 4: 89-93.
75. Martin AR. Stress in residency: a challenge to personal growth. *J Gen Intern Med*. 1986; 1: 252-257.
76. Martin D, Moriez D. Burn Out Syndrome (SOS). Epuisement professionnel: l'état d'urgence. *Urgence pratique*. N°90. 2008.
77. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Consulting psychologist press. Palo Alto. 1986. www.rci.rutgers.edu/
78. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*. 1981; 2: 99-113.
79. McCranie EW, Brandsma JM. Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *Behav Med String*. 1998: 30-36.
80. McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J med*. 1982; 306: 458-463.
81. Mc Manus IC, Smithers E, Partridge P, Keeling A, Fleming PR. A levels and intelligence as predictors of medical careers in UK doctors: 20 year prospective study. *Br Med J*. 2003; 327:139-142.
82. Middleton JL. Today I'm grieving a physician suicide. *Annals of Family Medicine*. 2008; 6: 267-269
83. Miller JB. Toward a new psychology of women. Boston. Beacon Press. 1987.
84. Miller NM, McGowen RK. The painful truth: Physicians are not invincible. *South Med J*. 2000. 93 (10): 966-973.
85. Neil HA, Fairer JG, Coleman MP, Thurston A, Vessey HP. Mortality among male anesthetists in the United Kingdom, 1957-1983. *Br Med J*. 1987; 295(6594): 360-362.
86. Nelson DE, Giovino GA, Emont SL, Brackill R, Cameron LL, Peddicord J, Mowery PD. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. *JAMA*. 1994; 271 (16): 1273-1275.
87. Novack DH, Epstein RM, Paulsen RH. Toward creating physician-healers: Fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Acad. Med*. 1999; 74: 516-520.
88. O'Connor PG, Spickard A. Physician impairment by substance abuse. *Med Clin North Am*. 1997; 84:1037-1052.

89. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J et al. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 1990; 25 (2): 81-86.
90. Peters S, Mesters P. *Le burn out. Comprendre et vaincre l'épuisement professionnel.* Marabout. Paris. 2008.
91. Peterson. RM, Burnett CA. The suicide mortality of working physician and dentists. *Occupational Medecine.* 2008. 58 (1) : 25-29.
92. Phillippon C. *Syndrome d'épuisement professionnel : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généraliste Rhône-Alpins.* Thèse de médecine générale. Université Lyon 1. 2004
93. Pines Ayala M, Aranson E, Kafry D. *Le burn out: comment ne pas se vider dans la vie et au travail.* Montréal. Edition Le jour.1982.
94. Pittaco M. *Les internes sont-ils en burn out?* Thèse de Médecine. Université Paris Descartes. 2009.
95. Pitts FN Jr, Schuller AB, Rich CL, Pitts AF. Suicide among US women physicians, 1967-1972. *Am J Psychiatry.* 1979; 136: 694-696.
96. Platon. *Oeuvres complètes.* Flammarion. Paris. 2008
97. Pressnitzer J. Santé et soignants: attention danger! *Magazine hospitalier.* N°12. p 101
98. Revicki DA, May HJ. Physician suicide in North Carolina. *South Med J.* 1985; 78:1205-1210.
99. Rich CL, Pitts FN Jr. Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18,370 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967-1972. *J Clin Psychiatry.* 1980; 41: 261-263.
100. Rich CL, Pitts FN. Suicide by male physicians during a five-year period. *Am J Psychiatry.* 1979; 136(8): 1089-1090.
101. Richings JC, Khara GS, Mc Dowell M. Suicide in young doctors. *British J Psychiatry.* 1986; 149:475-478.
102. Robert E. *Le syndrome d'épuisement professionnel : enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan.* Thèse de Médecine Générale. Université Rennes 1. 2002
103. Rose KD, Rosow I. Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry.*1973; 29:800-805
104. Rosenberg HM, Burnett C, Maurer J et al. Mortality by occupation, industry and cause of death: 12 reporting states, 1984. *Monthly Vital Statistics Report, Centers for Disease Control and Prevention.* 1993; 42:1-64.
105. Ross M. Suicide among physicians: a psychological study. *Dis Nerv Syst.* 1973; 34: 145-150.
106. Revicki DA, May HJ. Physician suicide in North Carolina. *South Med J.* 1985; 78: 1205-1210.
107. Samkoff JS, Hockenberry S, Simon LJ et al. Mortality of young physicians in the United States, 1980-1988. *Acad Med.* 1995; 70:242-244.
108. Sansone RA, Sansone LA. Physician suicide: a fleeting moment of despair. *Psychiatry.* 2009; 6 (1): 18-22.
109. Schemhammer E. Taking their own lives-the high rate of physician suicide. *N Engl J Med.* 2005; 352 (24): 2473-2476.
110. Schemhammer ES, Colditz G. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta analysis). *Am J Psychiatry.* 2004; 161: 2295-2302
111. Schneider PB. *Regards discrets et indiscrets du médecin.* Masson. Médecine et psychothérapie. 2002.
112. Simon W, Lumry GK. Suicide among physician patients. *J Nerv Ment Dis.* 1968; 147:105-112.
113. Simonnet E. La douleur du soignant. Tout prévoir. *Le mensuel du praticien.* Octobre 2008. N° 395. www.souffrancedusoignant.fr
114. Snibbe JR, Radcliffe T, Weisberger C, Richards M, Kelly J. Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting. *Psychological Reports.* 1989; 65: 775-780.
115. Soler KJ, Yaman H, Esteva M, Dobbs F and European General Practice Research Network Burnout Study Group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice.* 2008; 25 (4): 245-265.
116. Sotile WN, Sotile MO. *The medical Marriage: sustaining healthy relationship for physicians and their families.* American Medical Association. Revised Edition. 2000.
117. Stack S. Suicide risk among physician: a multivariate analysis. *Archives of suicide research.* 2004; 8(3): 287-292.
118. Stefansson CG, Wicks S. Health care occupations and suicide in Sweden 1961-1985. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1991; 26: 259-264.
119. Steppacher RC, Mausner JS. Suicide in male and female physicians. *JAMA.* 1974; 228: 323-328.

120. Stoumedire A, Rhoads JM. When the doctor needs a doctor: special considerations for the physician-patient. *Ann Intern Med.* 1983; 98 : 654-659.
121. Stuber ML. Medical student and physician well-being. In: Wedding D, Stuber JL (eds). *Behavior and Medicine.* Ashland, Ohio: Hogrefe & Huber Publishers, 2006:167-174. www.hogrefe.com/design/standard/images/books/pdf/bam4-c13.pdf
122. Torre DM, Wang Ny, Meoni LA, young JH, Klag MJ, Ford DE. Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *Suicide Life Threat Behav.* 2005; 35: 146-153.
123. Tricot P. Partenaire silencieux et approche tissulaire. Février 2007. www.approche-tissulaire.fr
124. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Champagne-Ardennes. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne. 2002. www.urml-ca.org/Le-Burn-Out-des-medecins
125. Truchot D. Le burn out des médecins généraliste de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'URML Poitou-Charentes. 2004.
126. Truchot D. Enquête bulletin Ressources N°1. URML Bourgogne. Janvier 2002.
127. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health.* 2007; 45 (5); 599-610.
128. Tyssen R, Valgum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians; a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord.* 2001; 64:69-79.
129. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychological vulnerabilities of physicians. *N Eng J Med.* 1972; 287: 372-375.
130. Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. *Dis Nerv Syst.* 1975; 36: 26-29.
131. Von Brauchitsch H. The physicians's suicide revisited. *J Nerv Ment Dis.* 1976; 162: 40-45
132. Weiner EL, Swain GR, Gottlieb M. Predictors of psychological well-being among physician. *Families Systems Health.* 1998; 16: 419-430.
133. Welner A, Marten S, Wochnick E, et al. Psychiatric disorders among professional women. *Arch Gen Psychiatry.* 1979 ; 36 : 169-173.
134. Winckler M. La maladie de Sachs. Gallimard. Collection Folio. Juin 2005.
135. Zola E. Le docteur Pascal. Lgf. Collection Classique de Poche. 2004

Autres

136. La souffrance des médecins. Suicide : les médecins représentent une population à risque. www.souffrance-du-soignant.fr
137. La souffrance des médecins. Vulnérabilité et souffrance du soignant : à la recherche de solutions. www.souffrance-du-soignant.fr
138. L'express. Suicide d'un médecin après la mort d'un patient. 8 février 2008. www.lexpress.fr
139. Colloque Brest 2004. Recherche et médecine générale : quelles sont les évolutions prévisibles pour la médecine générale ?
140. Colloque Paris 2008. Vulnérabilité, souffrance du soignant. Groupe Pasteur Mutualité. 4 décembre 2008.
141. Conseil National des médecins. Observatoire pour la sécurité des médecins. www.conseil-national.medecin.fr
142. Officiel de santé. Le magazine du praticien hospitalier. La souffrance des médecins au travail. N°37. mars/avril 2007.
143. Rapport de la Commission Nationale Permanente adoptée lors des assises su Conseil national de l'Ordre des Médecins du 28 juin 2008 : Le médecin malade. www.web.ordre.medecin.fr
144. AAPML www.aapml.fr
145. CARMF www.carmf.fr
146. URML Aquitaine www.urmla.org: Le job-burn out des médecins : analyse auprès de 175 praticiens de la région Aquitaine
147. URML Bourgogne www.upmlbourgogne.org
148. URML Ile de France www.urml.idf.org
149. URML Champagne Ardennes. www.urml-ca.org
150. www.presst-next.fr/SESMAT/

151. URML PACA www.urml-paca.org