



▲ Epuisement professionnel et conduites suicidaires des médecins

Rapport d'étude de faisabilité d'un système de veille



F2RSM Psy

Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

Les auteurs :

Margot Trimbur (interne)¹, Laurent Plancke¹

¹ Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy) des Hauts-de-France

SOMMAIRE

Contexte du projet.....	5
Littérature.....	5
Méthodologie.....	6
Résultats.....	7
Description des organismes contactés.....	7
Résultats qualitatifs.....	9
Résultats quantitatifs	10
Médecins suivis.....	11
Médecins suivis en situation d'épuisement professionnel.....	11
Discussion	12
Conclusion.....	12
Références bibliographiques.....	14
Annexes	15
Annexe 1. Grille d'entretien employée	15
Annexe 2. Test d'Inventaire de Burnout de Maslach – MBI (15)	17

Contexte du projet

Lors d'une réunion du Conseil régional de l'Ordre des Médecins du Nord - Pas-de-Calais, le 15 juin 2017, sa Présidente a saisi les représentants de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France d'un besoin d'information sur l'épuisement professionnel et les conduites suicidaires des médecins.

Littérature

Une étude de Rose et Rosow en Californie établit un risque suicidaire double chez les médecins par rapport au reste de la population (1). Carpenter et al. étudient quant à eux la mortalité des médecins à partir des tables de mortalité entre 1962 et 1992 ; ils retrouvent un excès de mortalité par suicide chez les femmes médecins (ICM = 215 - IC95% 93-243), non significatif et un niveau de mortalité supérieure chez les psychiatres (RR=1,46 - IC95% 1,05-2,03), notamment par suicide (mais sans significativité statistique dans ce dernier cas) (2).

La méta-analyse de Schernhammer et al. (3), publiée en 2014, retrouve un sur-risque suicidaire chez les médecins femmes dans 11 des 13 études analysées, avec un sur-risque moyen de 2,27. Chez les médecins hommes, il est de 1,41, mais dans 11 des 24 études analysées, le risque relatif n'est pas significatif. Entre 1963 et 1999, les auteurs ne retrouvent pas de corrélation entre année de publication et taux de suicide.

Les études analysées ont été menées en Europe –mais pas en France- et en Amérique du Nord et ne permettent pas une extrapolation universelle.

En France, Léopold (4) rapporte 22 décès de médecins généralistes dans le Vaucluse en 5 ans, dont 11 suicides ; étendant son étude aux médecins de 26 départements suivis pendant 5 ans, il dénombre 492 décès dont 69 suicides et conclue à une forte surmortalité suicidaire de ses confrères. Les facteurs associés retrouvés sont le divorce ou la rupture affective (50% des cas), la maladie (physique ou mentale ; 25%), les conduites addictives (50%), les difficultés financières (33%), les contentieux administratifs, judiciaires ou ordinaires 33%. Ses travaux ne font cependant pas l'objet de publication (et donc de validation) scientifique.

Une étude menée auprès de 511 médecins généralistes libéraux de la région Paca établit à 1% le taux de syndrome complet de *burnout* (MBI) (5). Les facteurs associés à l'une ou l'autre des dimensions de l'épuisement (cf. MBI, p. 17) Annexe 2. Test d'Inventaire de *Burn-Out* de Maslach – MBI (10) **Erreur ! Signet non défini.**, étaient la durée hebdomadaire de travail élevée, la charge mentale au travail élevée, la prise en charge des patients en fin de vie, les attentes irréalistes des patients (voire la remise en cause des compétences, les conflits famille-travail et les contentieux judiciaires (9). Plus récemment, une enquête menée par différents organismes de jeunes médecins hospitaliers ayant utilisée l'échelle *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) retrouve une anxiété chez 66% des 21 768 répondants, des troubles dépressifs chez 28% d'entre eux ; les idées suicidaires étaient quant à elles retrouvées chez 24% des répondants (vie entières) et 6% d'entre eux durant le mois ayant précédé l'enquête (6).

Dans le Nord - Pas-de-Calais, une thèse de médecine, soutenue en 2012, a porté sur l'épuisement de 232 psychiatres hospitaliers. Wiertz (7) établit que 33,5% présentent des signes d'épuisement professionnel (mesuré par le MBI), dont 26% de niveau faible, 5,3% de niveau modéré et 2,2% de niveau sévère ; par ailleurs 35% des psychiatres « épuisés » affirmaient ne se vivaient pas comme tels.

Chez 287 médecins généralistes interrogés dans le cadre d'une thèse soutenue par Simoens (8) en 2015, les idées suicidaires étaient retrouvées parmi 26% d'entre eux et la tentative de suicide durant la vie 0,4%. Les facteurs de risque d'idéation suicidaire étaient un âge supérieur à 60 ans, un stress par rapport aux cotisations ou la gestion du cabinet, les litiges personnels et la solitude professionnelle ressentie.

Enfin, une enquête a été menée auprès de 10 822 médecins de 5 spécialités par l'Ordre des médecins ; 54% présentaient un épuisement émotionnel, 19% une dépersonnalisation des relations avec les patients et 43% une perte d'accomplissement personnel (cf. les 3 dimensions du MBI, p 15). 13% cumulaient ces 3 symptômes (9).

Les travaux français souffrent de graves limites méthodologiques, abordent peu les conduites suicidaires et ont un faible niveau de preuve, ce qui justifie des études sur des échantillons de grande taille et mieux contrôlés.

Méthodologie

Une grille d'entretien téléphonique a été élaborée pour étudier la faisabilité de la mise en place de ce réseau de veille (voir en annexe, p 15). Les items abordés étaient les suivants : l'intérêt porté à la démarche, l'utilité d'un tel réseau, le nombre de cas rencontré de médecins en épuisement professionnel et/ou ayant eu des conduites suicidaires au cours de l'année 2017, les différentes variables pouvant être recueillies, la possibilité pratique de déclarer les cas de manière régulière et la faisabilité de passation d'une échelle type MBI. Il a été également demandé aux participants s'ils connaissaient d'autres organismes pouvant faire partie de ce réseau, afin d'accroître l'échantillon par effet boule de neige. La dernière question, enfin, portait sur les conditions nécessaires selon eux à une collaboration future.

Notre population d'étude était constituée d'organismes ayant une activité connue ou potentielle d'aide et/ou de soins à des médecins en France, en tête-à-tête ou par téléphone ; une liste initiale de 14 organismes ayant une activité connue ou potentielle d'aide et/ou de soins à des médecins a été constituée par échantillonnage raisonné après avis d'experts lors d'une réunion de pilotage (cf. liste ci-dessous). Il nous a paru intéressant d'intégrer des cliniques privées, qui sont susceptibles d'accueillir des confrères en souffrance ainsi que des services de médecine du travail de centres hospitaliers qui suivent un nombre souvent important de praticiens.

- Dr Christophe Debien (CHU Lille - Psychiatrie / Vigilans)
- Dr Pierre Grandgenèvre (CHU Lille- Psychiatrie / Papageno)
- Dr Laurence Ladrière (RSI)
- Dr Patricia Lenique (RSI)
- Dr Sophie Miczek (CHU Lille - Médecine du travail)
- Dr Alexandra Salembier (CHU Lille - Médecine du travail)
- Pr Guillaume Vaiva (CHU Lille - Psychiatrie / Vigilans)
- Dr Olivier Verriest (Ordre des médecins / Entraide / MOTS)

La liste initiale a été complétée par 5 organismes par effet boule de neige c'est-à-dire cités par les professionnels interrogés en réponse à l'avant-dernière question de la grille d'entretien employée dans notre étude.

Au cours d'une réunion avec la Présidente et le Vice-Président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, il a été évoqué également le Centre national de Gestion des Praticiens hospitaliers (CNG) qui s'occupe du reclassement et de la gestion des arrêts-maladie des médecins hospitaliers comme pouvant faire également partie de ce réseau de veille.

Ainsi, 20 organismes ont été contactés dans le cadre de cette étude. 6 organismes ont été exclus de l'étude car ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion en cela qu'ils n'avaient pas de contact avec des médecins en souffrance, qu'ils ne recueillaient pas d'informations les concernant ou qu'ils n'ont pas répondu à nos sollicitations dans le temps imparti de l'étude. Ont ainsi été exclus : l'Union Régionale des Professionnels de Santé des médecins libéraux des Hauts-de-France (URPS), le Régime Social des Indépendants (RSI), l'InterSyndicale nationale des Internes (ISNI), le CNG et le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR).

Au total un échantillon de 14 organismes a été constitué (cf. p 8).

Les entretiens ont été réalisés par téléphone et enregistrés, après information et accord des personnes interrogées. Certaines informations complémentaires (par exemple le nombre de cas de médecins rencontrés) ont été recueillies par échange de courriers électroniques au décours des entretiens.

Dans chaque cas, nous avons recherché l'interlocuteur le plus à même de répondre soit parce qu'il connaît le mieux le sujet soit parce qu'il détient les informations, notamment chiffrées, recherchées.

Résultats

Description des organismes contactés

- **Clinique du Virval**

Pôle santé du Virval - 180 rue Trocmé - CS 70148 - 62103 Calais Cedex

La Clinique du Virval est un établissement de santé psychosomatique et psychiatrique créé en 2012 à Calais. Elle dispose de 60 chambres individuelles et 10 chambres doubles et d'un service d'hospitalisation de jour.

- **Clinique du littoral**

Parc du Champ de Gretz, 62180 Rang-du-Fliers

La Clinique du Littoral bénéficie de 60 lits dans des chambres simples ou doubles. Cinq de ces lits sont réservés à des adolescents ou à des « adultes-jeunes » de 15-25 ans. La clinique dispose d'un service d'hospitalisation de jour

- **La clinique des Hauts-de-France**

Route d'Avesnes, 59720 Louvroil

La clinique est composée de 4 unités spécialisées dans le traitement des maladies psychiatriques, elle comprend 74 lits accueillant des personnes présentant des troubles anxieux, des troubles de l'humeur et de la personnalité. La clinique dispose d'un service d'hospitalisation de jour.

- **Service de médecine du travail du CHU de Lille**

2 Avenue Oscar Lambret, 59000 Lille

Le CHU de Lille réalise 720 000 consultations chaque année. Le CHU emploie 15935 professionnels en 2016 dont 1103 praticiens hospitaliers et 805 internes. Le service de médecine du travail est composé de 8 praticiens.

- **Service de médecine du travail du CH de Valenciennes**

Avenue Désandrouin, CS 50479, 59322 Valenciennes Cedex

Le CH de Valenciennes emploie 400 médecins et 100 internes. 345 000 personnes sont accueillies en consultation chaque année. Le service de médecine du travail est composé de 3 praticiens.

- **Service de médecine du travail du CH de Calais**

1601 boulevard des Justes, 62107 Calais

Le CH de Calais emploie 165 médecins et a pratiqué 107 901 consultations externes en Médecine Chirurgie Obstétrique en 2016. Le service de médecine du travail compte un médecin du travail.

- **Association Soins aux Professionnels en Santé (SPS)**

31 avenue de Versailles, 75016 Paris

Cette association a été créée en novembre 2015. L'association a pour origine le rassemblement d'un groupe d'experts souhaitant partager et défendre la santé des professionnels de santé rendus vulnérables. Ses objectifs sont le repérage, l'orientation et la prise en charge des professionnels de santé en souffrance. L'association dispose d'une plateforme téléphonique nationale d'écoute.

- **Association Médecins Organisation Travail Santé (MOTS)**

Toulouse

L'association MOTS s'est créée en 2010 en Midi-Pyrénées à l'occasion d'un congrès avec l'aide du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne. En 2014, de nouvelles régions ont rejoint l'association MOTS. Association loi 1901, elle est organisée et gérée par la profession elle-même pour l'ensemble de ses membres, médecins libéraux et salariés et leurs proches, ainsi que les praticiens en formation.

- **Association Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux (AAPML)**

117 rue Cambronne, 75015 Paris.

L'AAPMS s'adresse à tous les soignants et œuvre depuis 2004 pour la reconnaissance et la prise en charge de l'épuisement professionnel. L'association dispose d'une plateforme d'écoute nationale. Un

nouveau numéro unique est mis en place depuis Janvier 2018 à destination des médecins et est gérée par le Conseil de l'Ordre National des Médecins.

- **Pôle santé travail**

Centre Vauban, 199/201 Rue Colbert, Bâtiment Douai, 59014 Lille

Agréé par le Ministère du travail pour exercer ses missions de suivi de santé au travail, le Pôle couvre l'Audomarois, les Flandres intérieures, la Métropole Lille-Roubaix-Tourcoing et le Douaisis. Il suit 1200 médecins, au sein de 254 entreprises. 94 équipes se répartissent le suivi de ces médecins.

- **Association de santé au travail de l'arrondissement de Valenciennes (ASTAV)**

1 Avenue de l'Europe, 59880 Saint-Saulve

L'ASTAV est une association régie par la Loi de 1901, regroupant plus de 5000 entreprises de l'arrondissement de Valenciennes employant environ 75 000 salariés. L'ASTAV emploie 95 salariés dont une équipe pluridisciplinaire composée de 34 médecins et 12 cadres et techniciens compétents.

- **Association santé travail (AST) 62/59**

174, route de Béthune, CS 20023, 62160 Aix-Noulette

A ce jour, l'AST 62-59 compte 262 personnes dont 85 médecins du Travail répartis sur 16 centres. C'est le plus gros service situé au Nord de Paris. Elle compte 16 centres médicaux fixes et 9 mobiles. Elle emploie 262 personnes au service de 222 600 salariés répartis sur plus de 15 000 entreprises

- **Clinique Belle Rive**

55 avenue Gabriel Péri, 30400 Villeneuve-lès-Avignon

Fondée en 1952, la Clinique Belle Rive s'est progressivement développée. Elle comprend 6 médecins psychiatres et se répartie en une clinique psychiatrique et un centre de jour.

- **Comité médical de l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France**

556 Avenue Willy Brandt, 59777 Euralille

50 dossiers de médecins en arrêt de travail sont examinés chaque année par ce comité. Son médecin responsable n'a pas de contact direct avec ses confrères en souffrance.

Tableau 1. Caractéristiques des organismes interrogés

Nom court/sigle	Nom complet	Localisation	Spécificité	Statut
AAPML	Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux	Paris (75)	Soignants en souffrance	Association loi 1901
SPS	Soins aux Professionnels en Santé	Paris (75)	Soignants en souffrance	Association loi 1901
MOTS	Médecins Organisation Santé travail	Toulouse (31)	Médecins en souffrance	Association loi 1901
Clinique des Hauts-de-France		Louvroil (59)	non	Clinique privée
Clinique du Virval		Rang-du-Fliers (62)	non	Clinique privée
Clinique du Littoral		Calais (62)	non	Clinique privée
Clinique Bellerive		Villeneuve-lès-Avignon (30)	non	Clinique privée
Médecine du travail	CHU Lille	Lille (59)	non	Centre hospitalo-universitaire
Médecine du travail	CH Valenciennes	Valenciennes (59)	non	Centre hospitalier
Médecine du travail	CH Calais	Calais (62)	non	Centre hospitalier
ARS	Agence régional de santé	Lille (59)	non	Ministère de la santé
AST62/59	Association santé travail	Aix-Noulette (62)	non	Association loi 1901
PST	Pôle santé travail	Lille (59)	non	Association loi 1901
ASTAV	Association de santé au travail de l'arrondissement de Valenciennes	Saint-Saulve (59)	non	Association loi 1901

*Spécificité ou non dans l'aide aux médecins/professionnels de santé.

Résultats qualitatifs

Nous présentons les réponses aux questions qualitatives posées lors de l'entretien (cf. grille, p 15).

Les réseaux de surveillance constituent un mode de veille de la morbidité et de la mortalité déployé sur de nombreuses pathologies. En premier lieu, Comment percevez-vous cette démarche ? Êtes-vous plutôt intéressé par cette démarche ?

La majorité des répondants s'est dite intéressée.

La santé des soignants est une priorité en France et un enjeu de santé publique. C'est également un sujet d'actualité. Un des sujets interrogés déclare peu d'intérêt car il reçoit un faible effectif de médecins, je le cite "*la population de soignants est plus intéressante*" à étudier. Deux personnes s'inquiètent, au-delà de la démarche de veille, des actions mises en place derrière, la démarche purement observationnelle est dérangement. Tout le monde a insisté sur l'importance de l'anonymat des médecins suivis.

Que pensez-vous de l'utilité de la mise en place d'un tel réseau ?

Ce réseau a été jugé plutôt utile par les répondants.

Certains notent une grande souffrance du personnel soignant donc pointent l'intérêt d'évaluer ce phénomène ainsi que son utilité au niveau collectif et dans le cadre d'un parcours complet. L'intérêt d'une veille nationale est cité plusieurs fois. Il y a un intérêt autour de l'axe préventif qui peut permettre l'échange de pratiques autour de cette problématique de l'épuisement professionnel. Il est important pour certains de ne pas stigmatiser un établissement lors des échanges des déclarations de données notamment recueillies en médecine du travail. Les personnes ayant peu de cas de médecins en souffrance mesurent difficilement l'utilité de ce réseau de veille à l'échelle individuelle. Cela peut également poser problème si ce réseau est géré par l'Ordre des Médecins, car celui-ci est parfois perçu comme une instance répressive par les médecins qui consultent. Une personne déclare que le corps médical est peu mobilisable et juge donc l'utilité de ce réseau comme « moyenne ».

Quelles informations pourraient être recueillies auprès de chaque cas se présentant à vous ?

Les répondants ont évoqué spontanément plusieurs variables qui pourraient être recueillies concernant les praticiens en souffrance, qui sont répertoriées ci-dessous. En plus de cela, des variables préétablies ont été proposées également au répondant notamment : âge, sexe, département et mode d'exercice, spécialité médicale, type d'activité, antécédents et date d'une éventuelle tentative de suicide. Toutes ces variables proposées semblaient pouvoir être recueillies en pratique selon les répondants.

Les indicateurs tels que les antécédents de TS et les dates de celle-ci ne sont pas recherchés systématiquement et semblent plus difficilement abordables par le praticien suivant le contexte. D'autres items ont été cités comme pouvant être ajoutés : comme la prise de traitement, la notion de comorbidités associées notamment addictologiques, les antécédents d'arrêt et d'accident de travail ainsi que l'ancienneté au poste et à la fonction. Les raisons des TS et du burn-out pourraient également être abordées. Le statut marital ainsi que le nombre d'enfants peuvent également être connus. Les antécédents personnels et familiaux plus largement sont susceptibles d'être recherchés. La notion de suivi médical peut être abordée avec le patient.

Pensez-vous qu'il soit possible en pratique de déclarer régulièrement les cas rencontrés à un organisme de veille sanitaire ?

Les répondants ont répondu majoritairement positivement à cette question.

La déclaration doit se faire anonymement, avec l'accord du patient. Cela nécessiterait de paramétrer le logiciel pour faciliter l'accès aux données pour une recherche rétrospective. L'intérêt d'une déclaration prospective est évoqué par plusieurs personnes car il y a des difficultés à accéder aux données et cela semble laborieux, de plus tous n'ont pas la possibilité de croiser les données socio-professionnelles avec la pathologie. La faisabilité technique doit être réfléchie pour que cela n'alourdisse pas le processus déjà en place. Plusieurs personnes évoquent la nécessité d'une coordination et d'un référent désigné par l'établissement. On note deux cas particuliers : le médecin du comité médical de l'ARS qui doit être missionné par son directeur pour transmettre des données ainsi que l'association AAPML qui ne recueille pas d'informations sur la région du médecin appelant ni sur les autres indicateurs.

Pensez-vous envisageable d'interroger toutes les personnes concernées avec une échelle standardisée comme la MBI par exemple ?

L'échelle MBI (*Maslach Burnout Inventory*) mesure les trois dimensions du burnout selon Maslach, déterminées par des scores sur les trois dimensions suivantes : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation/perde d'empathie et l'accomplissement personnel. Les deux premiers scores sont cotés positivement tandis que le dernier est coté négativement (cf. annexe, p 17).

Deux organismes font déjà passer cette échelle de manière systématique. Seuls 5 organismes s'y opposent pour des raisons propres à chacun : à la fois pour des raisons de praticité (entretiens téléphoniques, comité médical de l'ARS), de temps ainsi que d'habitudes de travail. Certains préfèrent utiliser les informations cliniques de l'entretien notamment au téléphone car la passation d'une échelle est jugée trop intrusive et sans intérêt pratique : le diagnostic est clinique. L'échelle est parfois jugée longue, demandant du temps et de l'investissement. Certains proposent de voir avec les médecins de leur structure et de valider en CME cette systématisation des pratiques.

Quelles seraient les conditions pour qu'une collaboration sur ce sujet puisse se concrétiser ?

Les conditions évoquées ont été les suivantes :

- information des praticiens,
- anonymisation des données
- projet formalisé avec majoritairement la nécessité d'une convention,
- validation en CME et auprès de la direction,
- travail en partenariat pour créer la grille d'indicateurs et décider des méthodes de déclaration en pratique,
- simplicité, praticité des recueils et transmissions
- informations sur la temporalité du projet et le nombre de ressources à mobiliser,
- échange des données,
- demande d'analyse sur données pour rechercher les facteurs causaux de l'EP
- partenariat avec l'Ordre des médecins.

Il est à noter que la veille semble compromise avec certaines structures. Ainsi l'association AAPML recueille des données par téléphone de médecins de toute la France, les données ne sont jamais recueillies en systématique mais suivant les informations spontanément transmises par le médecin appelant, ainsi l'identité et la région d'habitation des personnes restent souvent inconnus de l'association.

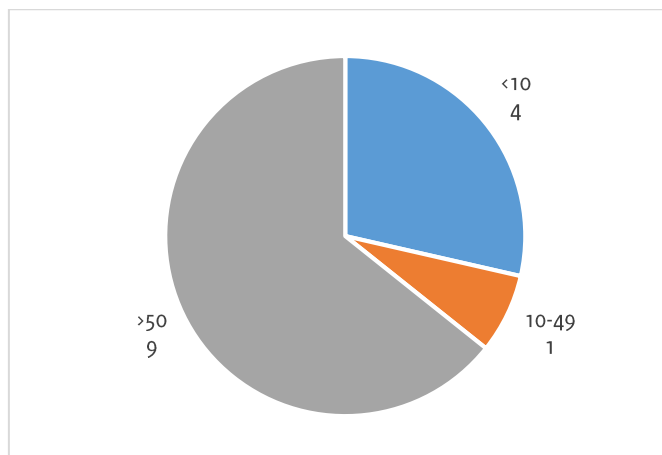
De même, pour le comité médical de l'ARS, son médecin responsable nous a déclaré qu'il aurait à être missionné par sa Directrice générale, et qu'elle-même doit avoir reçu délégation du Préfet avant de pouvoir autoriser le partage de données médicales. Le médecin ne participant pas aux comités médicaux, il semble difficile en pratique de recueillir plus de données pour notre veille par ce biais.

Résultats quantitatifs

Les cas de médecins en épuisement professionnel ou ayant des conduites suicidaires s'étant adressés aux organismes interrogés sont difficiles à évaluer : les associations travaillent au niveau national et n'ont pas de chiffre précis pour le Nord - Pas-de-Calais. Peu de cas sont rencontrés en cliniques privées : parfois il y a des cas de médecins pris en charge mais très peu souffrent de burn-out ou d'idées suicidaires. De plus, les médecins libéraux n'ayant pas d'obligation de suivi en médecine du travail, les informations les concernant ne semblent pas pouvoir être recueillies par le biais de cette veille.

Médecins suivis

Figure 1. Répartition des organismes enquêtés selon le nombre de médecins vus/pris en charge en 2017. N=14.



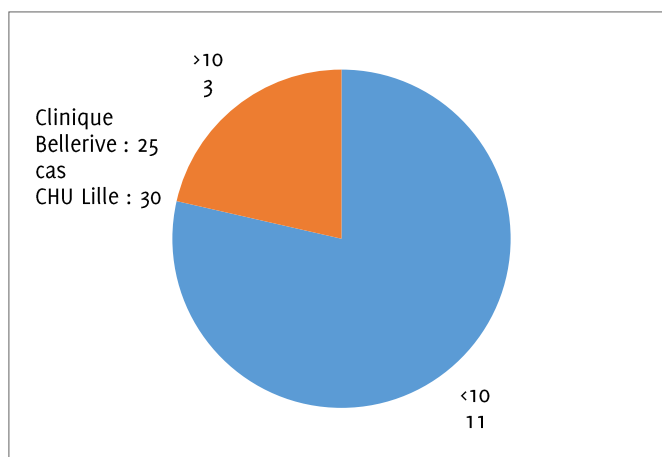
Exemple de lecture : 9 des 14 organismes répondants ont suivi plus de 50 médecins en 2017.

Médecins suivis en situation d'épuisement professionnel

Sur les 14 organismes contactés, les associations d'entraide n'ont pas pu nous fournir de chiffres concernant le nombre de médecins appelants pour épuisement professionnel et/ou conduites suicidaires dans la région. De plus, une clinique et deux associations de santé au travail ne rapportent aucun cas sur l'année 2017.

L'association Pôle Santé Travail suit 1200 médecins sur la région ce qui en fait le plus gros organisme en termes de nombre de médecins suivis, à notre connaissance.

Figure 2. Répartition des organismes enquêtés selon le nombre de médecins en situation de souffrance psychique ou ayant eu des conduites suicidaires vus/pris en charge en 2017. N=13.



Exemple de lecture : 3 des 13 organismes répondants ont suivi plus de 50 médecins en 2017.

Aucune des trois cliniques régionales contactées ne dépassent les 5 cas sur l'année 2017. Seule la clinique Belle Rive semble suivre un nombre relativement important de médecins (25 sur l'année 2017), du fait de sa spécialisation dans ce domaine.

Parmi les services de médecine du travail hospitaliers, seul le CHU de Lille prétend à un effectif assez conséquent d'une trentaine de médecins suivis pour épuisement. Les deux autres centres hospitaliers interrogés ne rapportent que 2 cas par an et par médecin environ.

Le médecin de l'ARS interrogé estime le nombre de cas à 2 sur les 50 dossiers traités annuellement.

Au total, 206 cas de médecins en souffrance psychique ou ayant eu une conduite suicidaire ont été vus/pris en charge par les organismes sur les 6047 médecins suivis, soit 3,4% d'entre eux.

Discussion

Notre enquête a porté sur la mise en place d'un réseau de veille sur l'épuisement et les conduites suicidaires des médecins, sujet mal documenté en France. Nous avons interrogé des organismes, spécialisés ou non, pour apprécier le nombre de médecins qu'ils avaient en file active, estimer la part d'entre eux présentant les problèmes étudiés, et étudier la faisabilité d'un réseau permanent apte à rapporter en routine le nombre de cas (épuisement tel que défini dans le MBI et conduites suicidaires).

Malgré l'effort fourni pour toucher les personnes les plus pertinentes au sein des organismes enquêtés, celles ayant répondu ont parfois été en difficulté pour répondre aux questions ; l'avis de nos interlocuteurs leur était par ailleurs propre et n'était pas forcément celui qu'aurait l'institution saisie officiellement.

De plus, la méthodologie transversale de l'évaluation peut amener des biais, notamment de mémoire qui explique la relative approximation des résultats. Les praticiens ne connaissent pas forcément le nombre de cas rencontrés par leurs collègues ; ainsi les chiffres retrouvés ont été parfois imprécis.

De manière générale, seuls les médecins pris en charge sont susceptibles d'être décrits au sein des services de soins ; or, il est établi que cette profession a un recours aux soins plus rare (beaucoup des médecins sont par exemple leur propre médecin référent)

Quand ils sont salariés, les médecins peuvent hésiter à utiliser leur propre service de santé au travail, dans le cadre de difficultés liées à l'environnement professionnel tout particulièrement. Les médecins libéraux, quant à eux, n'ont pas d'obligation de suivi médical et constituent une frange importante de la population très difficile à approcher. On pourrait alors se servir de certains indicateurs d'activité comme proxy pour estimer les résultats en population réelle.

On peut supposer que les médecins en souffrance sont bien plus nombreux que les cas rapportés par les organismes contactés et qu'ils ont d'autres recours notamment l'auto-médication ou la consultation d'un confrère de manière confidentielle. La méthode du réseau de veille ne permet pas d'identifier l'ensemble des cas et son exhaustivité est difficile à estimer.

La proportion de 3,4% semble confirmer l'acuité des problèmes étudiés, mais il s'agit d'une mesure imprécise (absence de définition des cas).

Malgré ces importantes limites, il est important de souligner l'intérêt porté aux questions abordées (burn-out et conduites suicidaires des médecins) par les représentants des services enquêtés, ce qui laisse à penser qu'ils les ont considérées comme fréquentes et/ou importantes.

Au décours des entretiens menés pour notre enquête, nous avons pu observer l'absence complète de coordination des initiatives d'aide et de soutien des médecins (plusieurs services d'aide par téléphone ont été créés, avec des cibles et des échelles géographiques, sans cohérence entre elles).

Conclusion

Il existe un intérêt manifeste des représentants des organismes interrogés pour le sujet de l'épuisement professionnel et des conduites suicidaires des médecins et la majorité d'entre eux seraient disposés à participer à un système de veille, sous réserve que les résultats obtenus par l'observatoire qui serait mis en place puissent être utilisés pour mener des actions préventives.

Cependant, peu d'organismes enregistrent un nombre annuel de cas conséquent, ce qui semble confirmer que peu de médecins expriment leurs difficultés psychiques aux organismes enquêtés.

Les recours principaux identifiés dans la région, pour les médecins en souffrance, sont en premier lieu les services de médecine du travail de leur structure, ce qui représente plusieurs milliers de médecins salariés suivis chaque année dans la région Nord - Pas-de-Calais. Ainsi, il nous paraît utile de faire participer au réseau de veille les organismes de médecine du travail régionaux ainsi que les services de médecine du travail des établissements hospitaliers ayant un nombre de cas de médecins suivis suffisamment important.

On sait également que les médecins salariés représentent environ la moitié des médecins de la région¹, ce qui plaide pour un système de veille incluant les services de médecine du travail.

La faille majeure reste les médecins libéraux, auprès desquels il reste très compliqué de recueillir des données.

Malgré tout, il reste difficile pour les professionnels de santé évaluateurs d'estimer le nombre de cas précis et déterminer ce qui relève de l'épuisement d'origine purement professionnelle. En effet, la problématique du burn-out est complexe et il reste difficile de préciser exactement les facteurs causaux dans certaines situations.

Le niveau de recours aux associations proposant une aide psychologique est difficile à déterminer dans la région du fait que celles-ci ont une action nationale et qu'il n'y ait pas de chiffre exact qui aient pu être récupérés pour la région. On remarque que les associations interrogées ont, toutes les trois, été créées dans les années 2000, ce qui montre que cette problématique mais surtout l'attention portée aux conditions de travail et au burn-out chez les médecins est récente.

L'unification des dispositifs d'entraide à l'initiative du Conseil national des médecins qui semble se profiler en 2018 est propice à l'amélioration de la prévention de l'épuisement professionnel et des conduites suicidaires des médecins ; ils sont en effet aujourd'hui non coordonnés. Il est important de noter qu'un numéro unique (0800 800 854) financé par l'Ordre des Médecins au niveau national permet un accompagnement depuis janvier 2018 des professionnels en souffrance².

Une fonction de veille pourrait être incluse dans le service mandaté par l'Ordre et apporter des informations essentielles sur l'évolution de ces questions. Cette fonction statistique de recueil de données épidémiologiques serait complémentaire de la fonction clinique de prise en charge et de prévention de l'épuisement professionnel. En effet, une fonction d'observation et de recueil d'indicateurs d'activité permettrait de mieux connaître et de mieux cibler la population appelant cette nouvelle ligne téléphonique dédiée, car l'état actuel des connaissances sur le sujet reste insuffisant.

Il est important de souligner que plusieurs interlocuteurs ont insisté sur la nécessité d'un strict anonymat et d'une confidentialité vis-à-vis de l'Ordre car nombre de médecins y voient, encore aujourd'hui, la dimension potentiellement répressive de celui-ci et n'osent pas exprimer leurs difficultés de peur de mettre en jeu leur avenir professionnel. Le rapport d'entraide neutre et dénué d'enjeux entretenu entre les praticiens et les associations restent prépondérant selon certains répondants.

Enfin, concernant les suicides aboutis, un relevé des cas observés dans l'année par chacun des conseils départementaux, à l'issue de chaque exercice, pourrait permettre d'approcher le nombre de décès par cette cause chez les médecins.

¹ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf p 33.

² https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_cp_entraide_numero_gratuit.pdf

Références bibliographiques

1. Rose KD, Rosow I. Physicians who kill themselves. Arch Gen Psychiatry. déc 1973;29(6):800-5.
2. Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. Occup Environ Med. juin 1997;54(6):388-95.
3. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). Am J Psychiatry. déc 2004;161(12):2295-302.
4. Léopold Y. Le suicide des médecins : expression ultime du burn-out ? [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/Suicide_Medecins_2006.pps
5. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants. Santé Publique. 2009;Vol. 21(4):355-64.
6. Enquête santé mentale jeunes médecins. Isni, Isnar-IMG, Anemf, Isncca; 2017.
7. Wiertz R. Psychiatres et burnout ? Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord - Pas-de-Calais [Internet]. [Lille]: Lille 2; 2012. Disponible sur: <http://gedscd.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8855d75a-d8b3-4056-9509-dcb180703c9d>
8. Simoens L. Existe-t-il une prévalence anormale des idées suicidaires et des tentatives de suicide chez les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais ? [Internet]. [Lille]; 2015 [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice.html?id=UDSL2-workflow-4669&printable=true>
9. Berrier S. Santé des médecins. Un enjeu majeur de santé publique. Médecins Le bulletin de l'Ordre national des médecins. déc 2017;4-5.
10. Maslach C. Burn-out : l'épuisement professionnel. Presses du Belvédère. 2006.

Annexes

Annexe 1. Grille d'entretien employée

Les réseaux de surveillance constituent un mode de veille de la morbidité et de la mortalité déployé sur de nombreuses pathologies :

Enquête qualitative par entretien téléphonique portant sur :

- En premier lieu, Comment percevez- vous cette démarche ? Etes-vous plutôt intéressé par cette démarche ?

- _____
- _____

- Oui/non

- Que pensez-vous de l'utilité de la mise en place d'un tel réseau ?

- _____
- _____

- Avez-vous eu des cas de médecins en épuisement professionnel ou ayant des conduites suicidaires au cours de l'année écoulée 2017 ?

- Oui/non

- Si oui, combien sur l'année écoulée ?

- _____

- Si votre organisme acceptait de participer à un système de veille sanitaire sur l'épuisement professionnel et les conduites suicidaires des médecins, les informations suivantes pourraient-elles être recueillies à chaque cas s'adressant à vous (ou dont vous auriez connaissance) ? (Si pas évoquées spontanément, lister les items)

- Âge

- ☐ Si non, classe d'âge (20-29, 30-39, ...)

-

- Sexe

-

- Département d'exercice

-

- Date (ou mois de l'événement : TS ou suicide)

-

- Mode d'exercice : libéral, salarié, mixte

- ☐ Si salarié : hospitalier, autre fonction publique, médico-social ...

-
- Activité : formation, exercice, arrêt-maladie (durée significative), retraite
-
- Spécialité médicale
-
- Antécédents TS
-
- Autres items non cités que vous pourriez documenter systématiquement ?
-
- _____
-
- _____
-
- _____
- Pensez-vous qu'il soit possible, en pratique, de déclarer les cas rencontrés à un organisme de veille de manière trimestrielle/ semestrielle?
- Oui/non
- Si non, pourquoi ?
-
- _____
-
- _____
- Pensez-vous envisageable d'interroger toutes les personnes concernées (épousement évoqué, TS récente ...) avec une échelle standardisée (MBI ...) ?
-
- _____
- Avez-vous d'autres organismes ou personnes à recommander qui pourraient faire partie de ce réseau de veille sanitaire ?
-
- _____
-
- _____
-
- _____
- Quelles seraient les conditions pour qu'une collaboration sur ce projet puisse se concrétiser ?
-
- _____
-
- _____
-
- _____

Annexe 2. Test d'Inventaire de *Burn-Out* de Maslach – MBI (10)

Comment percevez-vous votre travail ? Êtes-vous épuisé(e) ?

Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?

Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins

2 = Une fois par mois au moins

3 = Quelques fois par mois

4 = Une fois par semaine

5 = Quelques fois par semaine

6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais						Chaque jour
	0	1	2	3	4	5	6
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent							
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets							
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves							
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail							
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12 - Je me sens plein(e) d'énergie							
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail							
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves							
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves							
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves							
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20 - Je me sens au bout du rouleau							
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP). Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14, 16 et 20.

Épuisement Professionnel (SEP)	SEP < 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD). Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05, 10, 11, 15 et 22.

Dépersonnalisation (SD)	SD < 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP). Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 et 21.

Accomplissement personnel (SAP)	SAP < 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de *Burn-Out*

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !

Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (<i>Burn-Out</i>) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Citation recommandée

Trimbur M., Plancke L., *Épuisement professionnel et conduites suicidaires des médecins. Rapport d'étude de faisabilité d'un système de veille*, Lille, F2RSM, juin 2018, 20 p.

Ce nouveau rapport de la F2RSM Psy porte sur l'épuisement professionnel et les conduites suicidaires des médecins, mais aussi et surtout sur la veille qui pourrait être mise en œuvre pour mesurer ces questions, très mal quantifiées en France.

Une enquête par entretien semi-directif a été menée auprès d'organismes se dédiant à l'aide et l'écoute des médecins, d'une part, à des services assurant leur suivi médical, d'autre part. Parmi ceux en mesure de produire des chiffres sur les questions étudiées, une prévalence de 3,4% d'épuisement/tentative de suicide récente a pu être calculée parmi les médecins consultants.

Les organismes enquêtés seraient très intéressés par une veille sur ces questions et disposés à y contribuer ; les services de santé au travail touchent potentiellement tous les médecins salariés (soit une moitié de la profession), mais les médecins libéraux resteraient difficiles à toucher.

Il conviendrait que le nouveau service d'aide psychologique par téléphone, créé par le Conseil national de l'Ordre des médecins en 2018, se dote d'un observatoire, apte à documenter ces sujets, sur lesquels n'existe pas de mesure globale en France. Concernant la mortalité suicidaire des médecins, un relevé annuel anonyme des cas venus à la connaissance de chacun des conseils départementaux de l'Ordre constituerait une approximation acceptable du suicide des médecins en France.



F2RSM Psy

Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

📍 3, rue Malpart 59000 Lille (France)

☎ 03 20 44 10 34

✉ contact@f2rsmpsy.fr

📱 F2RSM Psy

🌐 www.f2rsmpsy.fr